



Universidad Autónoma de
Querétaro Facultad de Filosofía
Maestría en Estudios Antropológicos en Sociedades Contemporáneas

**“VIVIR CON VPH: EXPERIENCIAS DE MUJERES ENTRE EL ESTIGMA Y
EL AUTOCAIDADO”**

TESIS

Que como parte de los requisitos para obtener el grado de **Maestría en Estudios
Antropológicos en Sociedades Contemporáneas**

Presenta:

Chinantu Yunuen Aviles Desales

Dirigido por:

Adriana Terven Salinas

Dra. Adriana Terven Salinas
Presidente
Dr. David Alejandro Vázquez Estrada
Secretario
Dr. Eduardo Solorio Santiago
Vocal
Dra. Karen Edith Córdova Esparza
Suplente
Mtro. Carlos Antonio Gordillo Muñoz
Suplente

Centro Universitario, Querétaro, Qro.
Septiembre, 2026
México

La presente obra está bajo la licencia:
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>



CC BY-NC-ND 4.0 DEED

Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0 Internacional

Usted es libre de:

Compartir — copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato

La licenciante no puede revocar estas libertades en tanto usted siga los términos de la licencia

Bajo los siguientes términos:



Atribución — Usted debe dar [crédito de manera adecuada](#), brindar un enlace a la licencia, e [indicar si se han realizado cambios](#). Puede hacerlo en cualquier forma razonable, pero no de forma tal que sugiera que usted o su uso tienen el apoyo de la licenciante.



NoComercial — Usted no puede hacer uso del material con [propósitos comerciales](#).



SinDerivadas — Si [remezcla, transforma o crea a partir](#) del material, no podrá distribuir el material modificado.

No hay restricciones adicionales — No puede aplicar términos legales ni [medidas tecnológicas](#) que restrinjan legalmente a otras a hacer cualquier uso permitido por la licencia.

Avisos:

No tiene que cumplir con la licencia para elementos del material en el dominio público o cuando su uso esté permitido por una [excepción o limitación](#) aplicable.

No se dan garantías. La licencia podría no darle todos los permisos que necesita para el uso que tenga previsto. Por ejemplo, otros derechos como [publicidad, privacidad, o derechos morales](#) pueden limitar la forma en que utilice el material.

RESUMEN

La presente investigación se centra en las vivencias de cuatro mujeres adultas, quienes radican en la ciudad de Querétaro y Mérida. Estas mujeres han sido diagnosticadas con el virus de papiloma humano (VPH) y han seguido por un tratamiento médico para erradicarlo de su organismo. Este estudio parte del entendimiento de que el diagnóstico es más que un evento médico, ya que se trata de una experiencia llena de significados socioculturales asociados con el género, la sexualidad y la estigmatización. El propósito de esta investigación se centra en analizar cómo influye el correlato género-sexualidad en la vivencia de un diagnóstico por VPH en mujeres y la forma en que se desarrollan espacios y prácticas de autocuidado. Para llevar a cabo esta investigación, se empleó un enfoque cualitativo teniendo como eje principal la etnografía feminista, la autoetnografía y el análisis de los testimonios de cuatro mujeres que atravesaron por un tratamiento a partir del diagnóstico previo de la enfermedad. Así mismo, se reflexiona a partir de las diferentes vivencias, las redes de apoyo que sostienen la salud física y emocional de las pacientes, la manera en cómo se perciben a sí mismas frente a una enfermedad de transmisión sexual en las que se involucran estigmas relacionados con la sexualidad de las mujeres como son la promiscuidad, la culpa, la vergüenza y el correlato social de esto. En conclusión, los hallazgos nos muestran que, aunque el Virus de Papiloma Humano (VPH), es visto como un virus común porque la gran parte de las personas se contagiará en algún punto de su vida, también está relacionado con narrativas que conectan a la infección con ciertas conductas sexuales. Por último, el estudio subraya la necesidad de ampliar la conversación sobre las enfermedades de transmisión sexual, yendo más allá de la perspectiva biomédica, con el objetivo de disminuir el estigma y ampliar la conversación acerca de los procesos de cuidado y autocuidado.

(Palabras clave: sexualidad, género, roles y estereotipos, VPH, cuidados)

SUMMARY

This research focuses on the lived experiences of four adult women, who reside in the cities of Queretaro and Merida Yucatan. These women have been diagnosed with the human papillomavirus (HPV) and have undergone medical treatment to eradicate it. This study is based on the understanding that the clinical results represent more than a medical event, as it is an experience full of sociological meanings associated with gender, sexuality and stigmatization. The purpose of this research is to analyze how the gender-sexuality nexus, influences women's experience after an HPV diagnosis as well as the way in which self-care spaces and practices are developed. To conduct the study, a qualitative approach was employed by being focused on the feminist ethnography, the auto-ethnography and the analysis of the testimonies of four women who underwent treatment following a prior HPV diagnosis. Likewise, the support networks that undertook both, the physical and the emotional health of the aforementioned patients, were placed under examination by emphasizing how the patients saw themselves while facing a sexually transmitted disease, involving stigmas related to women's sexuality-such as promiscuity, guilt, shame and the social impact this entails. In conclusion, the findings demonstrate that, although the Human Papillomavirus (HPV), is seen as a common virus because the vast majority of people might become infected at some point in their lives, it is also directly linked to narratives that connect the infection to certain sexual behaviors. Finally, the study also suggests the need to broaden the conversation about sexual transmitted diseases, going beyond the biomedical perspective, with the aim of reducing the social stigma and opens up the conversation about care and self-care processes.

(Keywords: sexuality, gender, roles and stereotypes, HPV, care, self-care)

A las mujeres que viven en silencio
A Ivonne, Diana, Yun y Denni, por mostrar que la sanación está dentro de cada una
A quienes participaron compartiendo su historia, dentro de la tesis y fuera de ella
Este trabajo se realizó con la intención de acompañarnos, de que estas palabras les abracen
y el peso se aligere.
A ellas, a todas, siempre.

AGRADECIMIENTOS

Gracias a mamá y papá por enseñarme a que lo injusto jamás me sea indiferente
A Harui por enmendar lo roto
A Quetzalli, Meztli y Kin los amores que miran al futuro
A Mía por elegirme para esta vida juntas caminar.

A David Steck por siempre estar en primera fila
A Carlos Gordillo y Patricia López por acompañarme en este viaje.

Al Dr. Alejandro Vázquez por mostrarme el camino de la afectividad, por enseñarme a
confiar.
A la Dra. Adriana Terven por su guía durante este proceso.

A todas y todos los profesores del posgrado, no hay palabras para agradecer la labor de la
enseñanza.

A la Secretaría de Ciencias, Humanidades, Tecnología e Innovación SECIHTI por el apoyo
económico para la realización de esta investigación y el privilegio que otorgan para estudiar
un posgrado.

INDICE

	Página
Resumen	i
Summary	ii
Dedicatorias	iii
Agradecimientos	iv
Indice	v
Indice de imágenes	vi
Glosario	vii
Introducción	1
Capítulo 1. Entre lo Vivido y lo Normado: Una ruta para el análisis situacional de las experiencias sexuales.	5
1.1 Sexualidad: aproximaciones desde la antropología	5
1.1.2 Perspectivas construccionistas de la sexualidad	8
1.1.3 Género y construcción social de la diferencia sexual	9
1.1.4 Roles, estereotipos y estratificación de género	10
1.1.5 Sistema sexo/género y organización social de la sexualidad	13
1.1.6 Condición femenina, cautiverios y mandatos de género	13
1.2 Ruta metodológica	15
1.2.1 Etnografía feminista	15
1.2.3 Autoetnografía	17
1.2.4 Nosotredad y conocimientos situados	18
1.2.5 Trabajo de campo	19
Capítulo 2. Habitar la herida: El VPH como memoria del cuerpo.	20
2.1 El eco del diagnóstico	22
2.1.1 Consulta de rutina: el inicio de mi historia	23
2.1.2 Innana, el VPH y la danza por la vida	26

2.1.3 Killa y su primer encuentro	32
2.1.4 Kupuri cuando el mundo se desmorona	35
2.2.1 El camino de Innana, una travesía de sanación	37
2.2 Entre la salud y el acceso: Retos y decisiones para el tratamiento del vph	37
2.2.1 El camino de Innana, una travesía de sanación	37
2.2.2 Recuperación en silencio	40
2.2.3 Kupuri renacer desde la tradición	42
2.2.4 La soledad de un tratamiento: mi historia	44
Capítulo 3. Develar lo oculto: La memoria transformada en sanación.	48
3.1 Dar voz al silencio	50
3.1.2 Raíces invisibles: tejiendo la sanación en colectivo	57
3.2 Propuesta de intervención-Dossier fotográfico: Espera que no olvida	61
Conclusiones	74
Bibliografía	80

INDICE DE IMÁGENES

Imagen 1	63
Imagen 2	63
Imagen 3	64
Imagen 4	64
Imagen 5	65
Imagen 6	65
Imagen 7	66
Imagen 8	66
Imagen 9	67
Imagen 10	67
Imagen 11	68
Imagen 12	68
Imagen 13	69
Imagen 14	69
Imagen 15	70
Imagen 16	70
Imagen 17	71

GLOSARIO

En la siguiente lista se recopilan las abreviaturas mencionadas en el presente documento, con el objetivo de que la lectora o lector tenga la oportunidad de comprender con mayor facilidad a que se refieren los términos empleados en esta tesis.

- IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social.
- ISSSTE: Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.
- ITS: Infecciones de Transmisión Sexual.
- OPS: Organización Panamericana de la Salud.
- Papanicolau (o citología cervical): Estudio que sirve para detectar células con anormalidades en el cuello uterino.
- PCR (Reacción en Cadena de la Polimerasa): Prueba molecular más precisa para detectar la presencia del Virus del Papiloma Humano y ciertas anormalidades celulares en el cuello uterino.
- VPH: Virus del Papiloma Humano.

Introducción:

El VPH ha sido abordado principalmente desde un enfoque médico, especialmente desde la salud sexual y por la relación directa que, algunos tipos de virus, tienen con el cáncer cervicouterino. Sin embargo, reducir el diagnóstico únicamente a una visión médica, invisibiliza otros factores que influyen en la enfermedad y que son parte esencial de la experiencia de quienes reciben el diagnóstico, como son los aspectos sociales y culturales que igualmente repercuten en la vida de las mujeres. Por lo tanto, hay que situarnos desde esta otra perspectiva que permita ampliar la visión para observar la enfermedad desde los otros aspectos que no se nombran. Aunque, la atención médica es importante en un primer momento, las vivencias personales y sociales que también acompañan el diagnóstico, no son consideradas posteriormente. Por eso, ver solo el tratamiento médico resulta insuficiente para entender lo que sucede cuando se recibe un diagnóstico y los significados sociales que involucra la experiencia completa.

Para muchas mujeres recibir un diagnóstico representa un momento de ruptura en su historia personal, generando una serie de cuestionamientos frente a lo que les ha sucedido. Sin embargo, las dudas que surgen, las constantes preguntas, no son hechos aislados, se producen desde un entramado social más amplio, permeado por la racionalidad patriarcal y el constante juicio social, que busca controlar la sexualidad de las mujeres. Vivir con un diagnóstico de VPH no es simplemente recibir una noticia clínica, por lo que, al proponer y realizar esta investigación, se plantearon las siguientes cuestiones: ¿qué información poseen las mujeres antes de conocer su diagnóstico? ¿Qué datos se tienen antes, durante y después del tratamiento? ¿De qué manera afectan el género y la sexualidad en sus relaciones sociales?, ¿cómo se puede fomentar la empatía?, así como ¿cuáles son las posibilidades que existen como ejercicios de contención y autocuidado frente al virus?, ¿cómo viven otras sus procesos?

Para muchas mujeres, esto representa un cambio de vida profundo que está impregnada de muchas dimensiones que se extiende fuera del ámbito médico. Este asunto se convierte en un elemento transformador de la existencia, se vuelve una guía hacia nuevas formas de vida. Por esto, estas inquietudes se convirtieron en el punto de partida para iniciar la

indagación en la que poco a poco se profundizó en esta tesis. En este trabajo se busca plantear la necesidad de escribirse desde la afectividad adoptando una postura definida para nombrarlo desde este enfoque. Los testimonios que aquí se presentan son solo una muestra de un problema que afecta hasta el 70%¹ de la población en algún momento de su vida, aunque no tengamos consciencia o síntomas que nos alerten de la presencia del virus en nuestros cuerpos, ya que en ocasiones no hay síntomas, ni secuelas, están los casos en los que se desarrolla y puede enraizarse profundamente dejando marcas “invisibles” pero que existen y evolucionan.

En este contexto, estas marcas de las que hablamos están relacionadas con cómo se construye socialmente el estigma de esta enfermedad y que están conectadas con el género y la sexualidad, lo cual se manifiesta desde los discursos morales relacionados con las infecciones de transmisión sexual y con sentimientos de culpa, de vergüenza y juicio hacia una misma, motivados por las desigualdades presentes en una sociedad patriarcal. Estas prácticas que generan estigmas no aparecen solas, sino que van acompañadas de situaciones que sujetan a las mujeres y que producen discursos amenazantes, que las revictimizan y las silencian. Por eso, el enfoque teórico metodológico apunta en esa dirección y se enfoca en las experiencias situadas y el conocimiento encarnado de cada una de las interlocutoras, además de la narración de mi propia historia desde la autoetnografía, lo que hace posible que esta investigación se acerque desde una perspectiva cualitativa y feminista.

De manera que, esta investigación no busca cerrar el debate, sino establecer un punto de inicio sobre el tema. Con el fin de explorar en la comprensión de un tema que no debe abordarse desde una perspectiva reduccionista acerca de las enfermedades de transmisión sexual, fue que resultó primordial recuperar las experiencias de cuatro mujeres y narrarlas desde sus propias voces y relatos como fuente de conocimiento. Esto nos ayuda a entender las dificultades desde un enfoque que va más allá de la medicina convencional, reconociendo que los procesos de salud están atravesados por relaciones de género, valores morales, afectos y prácticas de cuidado.

¹ El 70% de la población se ha contagiado o podrá contagiarse de VPH a lo largo de su vida, en la mayoría de los casos el virus podrá ser eliminado de su cuerpo sin mayor complicación. Incluso la persona podría no darse cuenta que lo tuvo, pero de los más de 200 virus existentes, según la Organización Panamericana de la Salud los tipos 16 y 18 son precursores del cáncer (OPS, 2008) y en algunos otros si hay síntomas, de ahí la importancia de mantener medidas de prevención como el uso de métodos de barrera en cada encuentro sexual.

Con la finalidad de desarrollar el objetivo general que se enfoca en analizar la manera en cómo influye el correlato género-sexualidad en la vivencia de un diagnóstico por VPH en mujeres, y en las posibilidades para la creación de espacios de autocuidado. Así como tres objetivos específicos, el primero se centra en documentar por medio de etnografía feminista, las experiencias de mujeres con un diagnóstico por VPH contemplando tres momentos. La información previa que se tenía de la enfermedad, la atención médica y su socialización, segundo, analizar las concepciones respecto de la sexualidad desde los roles y estereotipos de género entre mujeres diagnosticadas con VPH y, por último, fomentar espacios de autocuidado y contención como medios alternativos y complementarios a la atención médica, considerando la dimensión sociocultural que también involucra a las enfermedades de transmisión sexual.

Esta investigación se estructura en tres capítulos distintos, abordan el enfoque teórico-metodológico, así como los resultados del trabajo etnográfico y auto etnográfico, los descubrimientos realizados y el trabajo visual nombrado como dossier fotográfico. En el primer capítulo, se aborda el tema de investigación, se exponen los antecedentes teóricos y metodológicos, así como la estructura teórica para el estudio. Se identifican las categorías de análisis clave, la relevancia de incorporar una perspectiva feminista como método y guía esencial para toda la investigación, además también se destaca la importancia de emplear la autoetnografía como enfoque metodológico para alcanzar los objetivos planteados de inicio.

En el segundo capítulo, titulado habitar la herida: El VPH como memoria del cuerpo, el contenido se organiza en dos apartados y se narra desde la perspectiva de las mujeres. Mediante sus relatos, se describen las dificultades que enfrentan al intentar acceder a servicios de salud. En la primera parte nos acercamos a sus historias desde su propio punto de vista al enfrentar una enfermedad de transmisión sexual y exploramos el proceso que implica sanar después de recibir un diagnóstico por VPH. También se expone y analiza el contexto social relacionado con los estigmas vinculados a la sexualidad, como la culpa, la promiscuidad, el gozo, entre otros. En el segundo apartado, se abordan las decisiones y los tratamientos que cada una recibieron y que determina gran parte de su experiencia.

También, a partir de mi propia experiencia narrada a lo largo del capítulo desde la autoetnografía, me permito articular sus historias y realizar un diálogo analítico de las mismas, a partir de las categorías teóricas como la sexualidad, los roles y estereotipos de género, desde cada una de sus vivencias. Para el tercer capítulo: Develar lo oculto: La memoria transformada en sanación, se presentan otras formas en las que las mujeres que participan de esta investigación y que viven con VPH, se sostienen frente a la enfermedad. Con la intención de ampliar la indagación se muestran como las mujeres complementan sus tratamientos médicos y a través de sus propias búsquedas encuentran otras formas para fortalecer su salud.

Así mismo, se presenta un dossier fotográfico considerado como una propuesta de intervención que mantiene su propio lenguaje, la imagen, en este trabajo busca dialogar con el lector y ofrece desde el activismo y el arte evidencia como lo llama Argelia Bravo (2008), la oportunidad de mostrar a la enfermedad desde la representación del sentir de todas nosotras. Finalmente se recuperan tanto las conclusiones como los principales hallazgos de esta investigación como las reflexiones y las nuevas líneas de investigación para este tema.

De esta manera, este estudio se enmarca en el interés de la antropología por explorar las vivencias de mujeres que enfrentan un diagnóstico de VPH, no únicamente desde la perspectiva médica, sino también entendiendo los procesos de enfermedad como experiencias que están contextualizadas social y culturalmente. Mediante las historias de mujeres diagnosticadas con VPH, este trabajo busca contribuir a una comprensión más profunda de cómo se entrelazan el cuerpo, la sexualidad, los roles y estereotipos de género, los estigmas y el autocuidado en la vida cotidiana. Se reconoce que lo que suele describirse en términos médicos también puede debatirse desde la experiencia social y que deben ser escuchados, atendidos y estudiados.

Capítulo 1

Entre lo Vivido y lo Normado: Una ruta para el análisis situacional de las experiencias sexuales

Introducción

En este capítulo se presentan los antecedentes teóricos y metodológicos para el diseño de una ruta teórica para este estudio. Se revisa la antropología de la sexualidad, la diferencia entre sexo y género, así como los roles y estereotipos de género, lo cual representa las principales categorías de análisis. También se discute la importancia de adoptar una perspectiva feminista, no solo como método, sino como una guía fundamental para toda la investigación. Además, se explica la necesidad de construir conocimiento situado y la importancia de la autoetnografía como una vía metodológica para alcanzar los objetivos establecidos.

1.1 Sexualidad: aproximaciones desde la antropología

La antropología de la sexualidad constituye un campo de estudio que busca entender de qué manera se conforman y regulan las prácticas, significados y experiencias sexuales en diferentes contextos culturales y sociales. A diferencia de los enfoques que analizan la sexualidad únicamente desde los aspectos biológicos y reproductivos, la antropología se ha propuesto estudiar cómo las personas experimentan, interpretan y dan significado a la sexualidad en contextos históricos concretos. Sin embargo, esta visión no apareció de forma repentina, su desarrollo fue el resultado de múltiples debates teóricos que pusieron en cuestión las explicaciones naturalistas y esencialistas que habían predominado durante gran parte de los siglos XIX y XX. Por lo tanto, para entender cómo ha evolucionado la antropología de la sexualidad, es importante examinar algunas de las transformaciones conceptuales que dieron forma a este campo de estudio.

Uno de los primeros enfoques que intentó explicar el sexo y la sexualidad fue la perspectiva naturalista-esencialista. Desde este punto de vista, la sexualidad se veía como un impulso biológico dirigido a la reproducción y a la supervivencia de la especie humana, considerando que los comportamientos sexuales eran una consecuencia natural del ser humano. Según Peña (2011), esta visión sostenía que “lo sexual” estaba relacionado con

una programación biológica que guiaba las conductas de hombres y mujeres, vistos como sexos complementarios. En el siglo XIX, esta perspectiva se reforzó con el evolucionismo darwiniano, el cual buscó justificar las diferencias sexuales y los comportamientos reproductivos observando otras especies animales. Así, la sexualidad fue entendida como un fenómeno natural y universal.

Sin embargo, con el avance de nuevas investigaciones, comenzaron a surgir cuestionamientos sobre el alcance de la perspectiva naturalista-esencialista para explicar la diversidad de prácticas, significados y experiencias sexuales presentes en distintos contextos sociales y culturales. En este proceso, surgieron también los primeros estudios sobre la sexualidad desde el ámbito médico-psicológico, dando lugar a lo que posteriormente se denominó sexología. Peña (2011) menciona que se buscó clasificar y estudiar los comportamientos sexuales desde un enfoque científico. Desde la antropología, el estudio de la sexualidad se ha abordado principalmente desde dos perspectivas: una centrada en las dimensiones biológicas y otra orientada hacia las dimensiones socioculturales.

En este sentido, durante la década de 1970, una de las propuestas que contribuyó a ampliar las explicaciones meramente biológicas de la sexualidad fue la desarrollada por Michael Foucault a través de lo que denominó dispositivo histórico de biopoder (Peña, 2011) con el propósito de analizar cómo se construye la sexualidad desde una visión occidental, entendiendo que la sexualidad tiene dimensiones más profundas que solo las biológicas y que su regulación social se contextualiza con base en la cultura de las y los sujetos. Este fue uno de los estudios más profundos que se hicieron hasta entonces y que incluso tuvo influencia en otras disciplinas también interesadas en el estudio de la sexualidad. En palabras del autor “los innumerables teóricos y prácticos de la carne hicieron del hombre el hijo de un sexo imperioso e inteligible. El sexo, razón de todo” (Foucault, 2005, p. 97). Con este planteamiento, el autor cuestiona la idea de que la sexualidad no se puede entender desde una perspectiva natural o biológica. Por el contrario, señala que esta se construye y adquiere significado en contextos históricos, sociales y culturales particulares.

Desde esta perspectiva, la antropología comenzó a ser abordada desde enfoques que buscaban comprender los significados que adquiere en distintas sociedades. En el campo de la antropología las primeras investigaciones con orientación sociocultural permitieron

ampliar la comprensión de las prácticas sexuales más allá de su dimensión reproductiva. Durante las décadas de 1920 y 1930 comenzaron a desarrollarse las primeras investigaciones antropológicas sobre sexualidad. Peña (2011) señala que trabajos como los de Malinowski en “La vida sexual de los salvajes del noroeste de Melanesia”, Evans Pritchard con “Algunas expresiones colectivas de la obscenidad en África” o el trabajo de Margaret Mead en “Adolescencia, sexo y cultura en Samoa” y “Sexo y temperamento”, ayudaron a mostrar que la sexualidad está conectada con la estructura social, las normas culturales y formas de cada sociedad.

De acuerdo con Peña (2011), estos trabajos contribuyeron a ampliar el área de conocimiento antropológico en un contexto donde predominaban disciplinas como la economía y la política. Mientras tanto, la sexualidad continuaba siendo considerada como un asunto propio de las ciencias biomédicas. Estas investigaciones buscaron cuestionar a las explicaciones que reducían la sexualidad únicamente a la reproducción o a características biológicas, mostrando que las prácticas sexuales adquieren un significado cuando se les analizan dentro de contextos históricos y culturales específicos, esto abrió paso a nuevas perspectivas interesadas en comprender la sexualidad desde las dimensiones sociales y culturales. Entre estas nuevas perspectivas destaca la visión de Nieto (2003), quien señala que, antes del resurgimiento de la sexualidad, esta era entendida principalmente como la expresión cultural de un impulso biológico. Aunque las explicaciones de carácter biológico continuaron presentes, el construccionismo social impulsó nuevas formas de comprender la sexualidad a través del “pensamiento construccionista y su crítica a la aproximación biológica, que en antropología se presenta en forma biocultural” (Nieto, 2003, p. 15).

Desde esta perspectiva, la sexualidad comenzó a analizarse desde las relaciones sociales y culturales que le otorgan significado, así como de los vínculos que mantiene con distintas formas de poder. Uno de los aportes más importantes de esta corriente fue desplazar el énfasis en la biología para centrar la atención en los contextos sociales y culturales. En palabras de Nieto (2003), “El paso de la biología a la cultura, a mi juicio, es el sostén en que reposan las columnas de la “nueva” sexualidad” (p. 16). Por otra parte, Nieto (2003) señala que el surgimiento y posterior evolución de la epidemia VIH/SIDA contribuyó a renovar el interés antropológico por el estudio de la sexualidad.

1.1.2 Perspectivas construccionistas de la sexualidad

En este contexto Nieto (2003) recupera los aportes de Carole Vance en su texto “La antropología redescubre la sexualidad. Un comentario teórico”, donde la autora sostiene que la disciplina retomó con mayor fuerza el análisis de la sexualidad después de un largo periodo en el que el tema permaneció relegado. Desde esta perspectiva, comenzaron a desarrollarse nuevas propuestas teóricas enmarcadas en la construcción social de la sexualidad, lo que marcó un distanciamiento respecto al modelo biomédico que predominaba.

En este proceso, el denominado “influjo cultural” que tuvo una importante presencia entre las décadas de 1920 y 1990, no desapareció por completo, pero sí experimentó una transformación significativa a partir de los aportes del construccionismo social. Como resultado, la atención dejó de centrarse exclusivamente en los factores biológicos para considerar la influencia de los contextos históricos, sociales y culturales en la comprensión de la sexualidad. En este sentido el autor señala que.

Lo más significativo del salto del modelo de influjo cultural, al modelo de construccionismo social y cultural de la sexualidad, se sustancia, en dos grandes apartados. Primero, el salto de la biología a la cultura, a la hora de interpretar la sexualidad circunscrita por la realidad social. Segundo, el salto de la universalidad comprensiva de la sexualidad a la comprensión particularizada de la misma. (Nieto, 2003, p. 17)

Algunas diferencias considerables entre ambos modelos radican en que el modelo de construcción social sitúa la sexualidad en contextos históricos, sociales y culturales específicos. En contraste, el modelo del influjo cultural tendía a otorgar menor relevancia a la dimensión temporal y a las particularidades de cada contexto sociocultural. Al centrar la atención en experiencias concretas en lugar de explicaciones generales, el enfoque de construcción social y cultural facilita comprender la sexualidad como un fenómeno influenciado por contextos históricos, sociales y culturales particulares. Este enfoque es muy importante para la presente investigación, ya que permite acercarse a las vivencias de mujeres diagnosticadas con VPH desde sus propias historias y formas de vida, reconociendo la variedad de significados que se crean en relación a este diagnóstico.

Dentro de estas posturas construccionistas también destacan los aportes de Vance (1997), quien cuestiona los modelos esencialistas y deterministas. La autora señala que dentro de la disciplina antropológica ha existido una importante discusión en torno a la tendencia de reducir la sexualidad a la reproducción y a las diferencias biológicas. Para Vance, la sexualidad comprende una red más amplia de significados y prácticas diversas que adquieren sentido en contextos sociales y culturales específicos, la autora sostiene que:

La cuestión más interesante para la investigación antropológica sobre la sexualidad es situar geográficamente aquello que se considera como culturalmente posible, y esto constituye un campo mucho más extenso. De igual manera, la adaptación ecológica y las demandas reproductivas explican sólo una pequeña parte de la organización sexual [...] la sexualidad no es coextensiva ni equivalente a la reproducción: la sexualidad reproductiva constituye una pequeña parte de un universo sexual mayor. (Vance, 1997, p.116)

Desde esta perspectiva, su propuesta cuestiona los enfoques que explican la sexualidad únicamente a partir de factores biológicos y contribuye al desarrollo de una comprensión centrada en su construcción social. Para esta autora, la sexualidad contiene una red más amplia de significados y prácticas diversas no limitantes.

1.1.3 Género y construcción social de la diferencia sexual

Los aportes de la antropología de la sexualidad y de las perspectivas construccionistas permitieron cuestionar las explicaciones que atribuían las diferencias entre hombres y mujeres exclusivamente a factores biológicos. En este marco, los estudios de género brindaron aportes significativos entre los que se destaca el trabajo de Marta Lamas (2013), quien retoma las discusiones en torno al “debate naturaleza/cultura” para analizar la categoría de género. La autora señala que la antropología feminista encontró en la distinción entre sexo y género una herramienta fundamental para cuestionar argumentos biologicistas, al mostrar que las características consideradas femeninas y masculinas no derivan únicamente de la anatomía, sino que se construyen a través de procesos sociales y culturales.

En este sentido, Lamas (2013) señala que las diferencias asociadas a lo femenino y lo masculino no solo se construyen socialmente, si no que llegan a percibirse como naturales. Como lo afirma la autora “La estructuración del género llega a convertirse en un hecho

social de tanta fuerza que inclusive se piensa como natural; lo mismo pasa con ciertas capacidades o habilidades supuestamente biológicas, que son construidas y promovidas social y culturalmente” (p. 15). Desde esta perspectiva, lo femenino y lo masculino se entienden como construcciones históricas y culturales que adquieren significado dentro de contextos específicos. Así, el género se transforma en una herramienta para analizar los procesos mediante los cuales las sociedades organizan, interpretan y dan sentido a la diferencia sexual.

1.1.4 Roles, estereotipos y estratificación de género

En cuanto a la discusión en torno a la construcción social del género se retoma a Teresa de Lauretis (1989), quien considera que su constitución no puede explicarse únicamente a partir de la diferencia sexual. Por el contrario, la autora señala la importancia de considerar elementos como la cultura, el lenguaje, las relaciones de clase y las diferencias raciales, ya que todos estos aspectos intervienen en la configuración de los sujetos y en la producción de significados entre lo femenino y lo masculino. En este sentido la autora apunta que:

El género es (una) representación, lo que no quiere decir que no tenga implicaciones concretas o reales, tanto sociales como subjetivas, para la vida material de los individuos. Todo lo contrario. (2) La representación del género es su construcción [...], (3) La construcción del género continúa hoy tan diligentemente como en épocas anteriores [...], en los medios, en la escuela estatal o privada, en los campos de deportes, en la familia, nuclear o extendida o de progenitura única. [...] en la academia, en la comunidad intelectual, en las prácticas artísticas de vanguardia y en las teorías radicales y hasta y por cierto especialmente, en el feminismo [...]. (4) En consecuencia, paradójicamente la construcción del género es también afectada por su deconstrucción. (Lauretis, 1989, p 9)

A partir de estos planteamientos, el género puede entenderse como una construcción sociocultural que se produce y reproduce mediante distintas prácticas, discursos e instituciones. Desde esta perspectiva, las características atribuidas a mujeres y hombres no derivan exclusivamente de diferencias biológicas, sino de procesos históricos y culturales que les otorgan significados dentro de una sociedad determinada. En este sentido, resulta

necesario abordar los roles y estereotipos de género como mecanismos mediante los cuales estas construcciones sociales se reproducen y adquieren significado en la vida cotidiana. En este sentido, Aurelia Martín Casares (2008) plantea que los roles de género constituyen una noción central para la antropología, estos aparecen desde los primeros años de vida en el ámbito familiar, donde se asignan atribuciones diferenciadas que se consideran apropiadas para niños y niñas, se construyen socialmente y no dependen del sexo biológico, ni de la identidad de las personas; por el contrario, se relacionan con la cultura y con las formas de comportamiento y actividades que una sociedad considera adecuadas para mujeres y hombres.

Para explicar este concepto, la autora retoma la siguiente definición:

Son las habilidades sociales y formas de actuar que se piensan apropiados para los miembros de una sociedad dependiendo de si son hombres o mujeres. Los antropólogos y antropólogas tienen un interés particular en descubrir las razones de las diferencias entre los roles asignados a hombres y mujeres, así como en la relación de los roles con el acceso diferenciado al poder y la autoridad en cada sociedad. (Mascia-Lees y Johnson, 2000, como se citó en Martín, 2008, p. 51)

A partir de esta perspectiva, los roles de género se entienden como construcciones culturales que se expresan mediante comportamientos, actividades y expectativas socialmente atribuidas a mujeres y hombres. Lejos explicarse exclusivamente por diferencias biológicas, estos roles se configuran en función de los contextos sociales y culturales en los que las personas se desarrollan. Aunque comienzan a transmitirse en edades tempranas, su significado y contenido varían de acuerdo con cada sociedad y momento histórico.

Otro concepto central es el de estereotipos de género, de acuerdo con Martín Casares (2008), estos comienzan a atribuirse incluso antes del nacimiento, cuando el conocimiento del sexo biológico del bebé genera expectativas. Durante la infancia, dichas atribuciones se expresan mediante elementos como la ropa, los juguetes o determinadas formas de socialización, influyendo en la construcción de identidad de los sujetos. Aunque existe cierta variabilidad cultural, la autora señala que “la estabilidad de los estereotipos de género se apoya enormemente en los mecanismos de retroalimentación existentes entre las

imágenes mentales y las condiciones reales de hombres y mujeres” (Martín, 2008, p. 53). De esta manera, los estereotipos de género contribuyen a reforzar determinadas expectativas sobre lo que se considera apropiado para mujeres y hombres, favoreciendo la reproducción de comportamientos y valoraciones que suelen percibirse como naturales, aun cuando estas respondan a otros factores externos como el entorno.

De acuerdo a Martín (2008), retomando a Rosa Cobo, los estereotipos de género pueden variar en función de la temporalidad, el contexto y las distintas colectividades. La autora sostiene que estos estereotipos parten de la atribución de características diferenciadas a mujeres y hombres, lo que contribuye a naturalizar ciertas conductas socialmente construidas, como la idea de que las mujeres son más intuitivas y los hombres más racionales. Estas representaciones se encuentran profundamente arraigadas y se reproducen de manera constante, lo que convierte a los estereotipos de género en un mecanismo ideológico que contribuye a la producción y reproducción de desigualdades, alimentando sistemas de opresión.

Otro concepto relevante es el de la estratificación de género. De acuerdo con Martín (2008), este concepto permite comprender las desigualdades existentes entre hombres y mujeres, así como las prácticas discriminatorias que se ejercen contra las mujeres, las cuales varían según la cultura, la sociedad y el momento histórico. En este sentido, estas desigualdades se traducen en una distribución desigual de privilegios en casi todas las áreas de la vida social.

La autora señala que:

En numerosas culturas, el espacio público, la capacidad de decisión, los medios de producción y el poder económico y político están en manos de los hombres. La antropología de género investiga los distintos modelos de estratificación y jerarquía comparativamente para comprender los mecanismos que subyacen y comprometen el equilibrio del sistema sexo-género. (Martín, 2008, p. 51)

De esta manera, este concepto evidencia que el acceso a recursos, espacios de decisión y formas de poder no se distribuye de manera equitativa, sino que responde a un sistema de organización social basado en el género. A partir de las discusiones previas sobre la construcción social del género y la estratificación de las relaciones entre hombres y mujeres, resulta necesario ampliar el análisis hacia la forma en que estas diferencias se articulan con la organización social de la sexualidad.

1.1.5 Sistema sexo/género y organización social de la sexualidad

A partir de las décadas de 1960 y 1970, los feminismos de la segunda ola, impulsaron nuevas discusiones en torno al género y la sexualidad, cuestionando las explicaciones que atribuían las diferencias biológicas entre hombres y mujeres exclusivamente a factores biológicos. En este contexto se pusieron en duda la naturalización de la maternidad, los roles de género y otras formas de organización social consideradas hasta entonces como naturales. Uno de los aportes más influyentes de este periodo fue el desarrollado por Gayle Rubin (1986).

Rubin (1986) propuso el concepto sexo/género “como el conjunto de disposiciones por el que una sociedad transforma la sexualidad biológica en productos de la actividad humana, en el cual se satisfacen esas necesidades humanas” (Rubin, 1986, p. 97). La autora explica que, al nombrarlo de esta manera, el concepto permite analizar el campo sin asumir que la opresión de las mujeres es inevitable. Por el contrario, sostiene que dichas desigualdades son productos de relaciones sociales y no una consecuencia natural de las diferencias biológicas (Rubin, 1986). En este sentido, el sistema sexo/género nos permite analizar las relaciones sociales como la sexualidad, la reproducción y las diferencias de género, mostrando que las desigualdades que afectan a las mujeres no son inevitables, ni naturales, sino socialmente construidas.

1.1.6 Condición femenina, cautiverios y mandatos de género

Asimismo, a finales del siglo XX y principios del siglo XXI, los aportes de Marcela Lagarde contribuyeron a ampliar las discusiones feministas sobre la sexualidad y la condición de las mujeres, proponiendo una perspectiva que supera las explicaciones centradas únicamente en la biología

La sexualidad rebasa al cuerpo y al individuo: es un complejo de fenómenos bio-socio-culturales que incluye a los individuos a los grupos y a las relaciones sociales, a las instituciones, y a las concepciones del mundo-sistemas de representaciones simbolismo, subjetividad, éticas diversas, lenguajes-, y desde luego al poder. [...] En este sentido, la sexualidad es un atributo histórico de los sujetos de la sociedad y

de las culturas: de sus relaciones, de sus estructuras, sus instituciones y de sus esferas de vida. (Lagarde, 2005, p 135)

A partir de esto, resulta necesario explicar que el hecho de ser mujer o ser hombre, se relaciona más con las relaciones socioculturales, lejos de definirse solamente por el sexo biológico, y aunque se piense como algo natural, afecta y repercute en la creencia de lo que es permitido para las mujeres y para los hombres. Es así que, de acuerdo con Lagarde (2005), el análisis que se requiere llevar a cabo, es mucho más profundo y diverso, ya que puede considerarse que la sexualidad es un espacio definido para poder sancionar, forzar, censurar, tanto a hombres como a mujeres. De acuerdo con la autora, la construcción de la sexualidad es compleja ya que se trata de algo que por ejemplo en las mujeres se da por sentado, considerando que es inherente por el hecho de ser mujer.

Como resultado, se considera que las mujeres no son conscientes acerca de sus propias condiciones y son otros quienes dotan de valor a la sexualidad y se apropian de sus capacidades no sólo biológicas, también de aspectos que se relacionan con la sociedad, el entorno, su patrimonio físico y simbólico. La autora dice que de esta manera se mantienen los mecanismos de dominación desde los cuales se somete, disminuye y despoja a las mujeres de su papel, limitando su participación en la cultura (Lagarde, 2005). En este sentido, a las mujeres se le atribuyen actividades que han sido socializadas para ellas confinándolas a aspectos específicos de la vida, a lo que se ha denominado como natural, por ejemplo, aquellos que se enfocan en la capacidad reproductiva y el ser madres y esposas. Lagarde lo explica de la siguiente manera:

Las posibilidades de vida de las mujeres cautivas, se estructuran en torno a un conjunto de elementos: i) Un cuerpo vivido, sexuado y sexual, asiento de una vida organizada en torno a la sexualidad. ii) Una sexualidad maternal y una vida reproductora, organizadas en torno a un cuerpo procreador de otros, como opción positiva. (Lagarde, 2005, p. 163)

Esta autora explica que la sexualidad está más relacionada con las experiencias culturales, sociales, políticas, la forma de percibir el mundo y las interacciones de las personas, así como con el patrimonio no tangible que poseen, elementos que contribuyen a la construcción de su identidad. Desde esta perspectiva, los aportes de Lagarde permiten comprender que la sexualidad no puede reducirse. Por el contrario, se encuentra atravesada

por relaciones de poder, normas culturales y procesos históricos que influyen en las experiencias de mujeres y hombres. Esta visión resulta fundamental para los estudios feministas contemporáneos, ya que cuestiona las explicaciones biologicistas y permite analizar críticamente las formas en que se producen y reproducen las desigualdades de género.

En este sentido, para Rita Segato (2003) las formas en que la sexualidad de las mujeres puede ser señalada, controlada y oprimida es la violencia moral, esta autora define este tipo de violencia como:

todo aquello que envuelve agresión emocional, aunque no sea consciente ni deliberada. Entran aquí la ridiculización, la coacción moral, la sospecha, la intimidación, la condenación de la sexualidad, la desvalorización cotidiana de la mujer como persona, de su personalidad y sus trazos psicológicos, de su cuerpo [...] de su valor moral. Y es importante enfatizar que este tipo de violencia puede muchas veces ocurrir sin ninguna agresión verbal, manifestándose exclusivamente con gestos, actitudes, miradas. La conducta opresiva es perpetrada en general por maridos, padres, hermanos, médicos, etc. (Segato, 2023. p. 115)

Segato menciona que incluso algunas de las formas más visibles en que la violencia moral se hace presente por ejemplo con el “Menosprecio sexual: rechazo o actitud irrespetuosa hacia el deseo femenino o, alternatively, acusación de frigidez o ineptitud sexual” (Segato, 2023. p.116).

A partir de esto es necesario aproximarse al concepto de las emociones morales² para poder comprender las dimensiones de las experiencias que aquí se abordan, para Hansberg (1996).

[...] algunas emociones que pueden considerarse como morales porque requieren de un conjunto complejo de conceptos, creencias y deseos relacionados con la moralidad. Entre ellas se encuentran la indignación, la culpa, el remordimiento y, tal vez, la vergüenza. (Hansberg, 1996. p. 159)

² Cuando Hansberg habla de emociones, utiliza también como sinónimos a las palabras sensaciones y sentimientos, el sentido en el que se utiliza el término se enfoca a otros componentes “los sentimientos tienen componentes cognoscitivos y actitudinales son, por lo tanto, equivalentes a las emociones” (Hansberg, 1996. p.151).

En el caso de la culpa, una emoción que puede considerarse como moral, para Hansberg la culpa proviene de alguna acción que se considera “injusto, deshonesto, cobarde o poco generoso” (Hansberg, 1996. p. 163), podamos tener razones o no, sean pertinentes o no lo sean, entonces la culpa es una emoción que surge de la autoevaluación y que podría llevarnos a autocensurarnos

“la persona que se siente culpable podría pensar, por ejemplo, que ha hecho algo prohibido, que ha transgredido una norma, que ha roto un tabú o que ha dejado de hacer algo que considera obligatorio”. (Hansberg, 1996. p. 159)

En suma, los conceptos revisados permiten entender como la vivencia del diagnóstico de VPH se construye a través de aspectos sociales y culturales. Esto se basa en categorías como los roles, estereotipos y estratificación de género, la sexualidad, la violencia moral y las emociones morales, que constituyen herramientas analíticas para comprender que las experiencias no corresponden únicamente a lo individual, sino a procesos sociales y culturales que configuran el significado del diagnóstico. Además, podemos examinar cómo estas mujeres interpretan, significan y enfrentan el diagnóstico en su entorno.

1.2 Ruta metodológica

Para llevar a cabo la presente investigación se hará uso de la etnografía la cual permite que la investigación y la escritura tenga un acercamiento desde la experiencia humana propia y de otros, para analizar y describir, utilizando entonces un método que se convierte en proceso y obra a la vez Richardson (2000, como se citó en Bénard Calva, 2019). Así mismo, el etnógrafo o etnógrafa busca que estas investigaciones puedan llegar a públicos más extensos haciendo con ello también un cambio social a diferencia de la investigación tradicional.

Aunado a esto, la metodología de la presente investigación se basará principalmente en la etnografía feminista. Desde la antropología, la etnografía no se reduce únicamente a la recolección de información, por el contrario, constituye una forma de aproximación que permite comprender con mayor profundidad las dimensiones sociales, culturales y subjetivas del fenómeno estudiado. Aunque no pretende ofrecer una visión totalizante de la realidad, esta metodología busca construir una interpretación situada a partir de las experiencias y significados que las personas construyen en su vida cotidiana.

1.2.1 Etnografía feminista

Ahora bien, para involucrar el uso de la etnografía en un campo feminista, se requiere que se le de validez a la aportación que las mujeres realizan, en este sentido Castañeda apunta que:

[...] el desafío de la etnografía feminista consiste en elaborar explicaciones e interpretaciones culturales que partan de las mujeres colocadas en determinados contextos de interacción. Desde esta apreciación, se la distingue de otras etnografías precisamente por problematizar la posición de las mujeres al dejar de considerarlas sólo como informantes. (Castañeda, 2010, p 221)

Es decir, se requiere pensar a las mujeres cultural, social y políticamente, como sujetas sociales; para lo cual, como parte del proceso de investigación, es necesario buscar otras maneras de hacer etnografía en la que se consulten otras fuentes de información que no se consideran dominantes o superiores.

Desde la perspectiva de la etnografía feminista, la construcción del hecho etnográfico implica:

a) la oposición al positivismo prevaleciente en la etnografía convencional, fuertemente cargada de empirismo elemental cuando se afirma que los hechos están en la realidad y sólo necesitan ser reportados por quien investiga; b) la oposición a los conceptos androcéntricos que están en el núcleo de las teorías antropológicas clásicas. (Castañeda, 2010, p. 222)

Martha Castañeda (2010) señala que, a partir de lo anterior, se pretende modificar las formas desiguales que entre hombres y mujeres existen en las investigaciones, se busca generar una narración que no se limite a describir, fomenta que se propicie una participación política y activamente comprometida, y que sea en las mujeres en quienes se centren las investigaciones.

[Se] requiere un constante ejercicio de reflexividad por parte de los sujetos involucrados en la investigación, de tal manera que la relación entre persona, cuerpo sexuado, sexualidad, relaciones de género, relaciones de poder, organización social, alteridad, resulta inexplicable desde una perspectiva aséptica de la cultura y, por el contrario, deviene comprensiva si se la asume como un ámbito de reproducción de

las desigualdades sociales que requiere ser analizada, deconstruida y descrita en términos que devalen los fundamentos de la dominación. (Castañeda, 2010, p. 22)

Respecto de las técnicas de investigación, la recolección de datos, se basó en la realización de entrevistas y desde la observación, siguiendo a Eli Bartra (2010), se pretende que la documentación de la realidad sea desde una sensibilización a la problemática de las relaciones desiguales entre lo femenino y lo masculino; a partir de aquí, se busca conocer cuál es el papel de las mujeres en determinados procesos sociales (qué hacen o no, dónde están y por qué); de esta manera, los estudios también cumplen con un compromiso político relacionado con la transformación de las múltiples condiciones de opresión y desigualdad de las mujeres. En este contexto, el trabajo de campo buscará establecer un diálogo constante entre los conceptos teóricos y las experiencias compartidas por las participantes. La investigación pretende propiciar espacios de reflexión que también formen parte de la información generada, favoreciendo una construcción conjunta de significados en torno a sus experiencias y a las formas de comprenderlas y afrontarlas.

1.2.3 Autoetnografía

Esta investigación incorpora una aproximación autoetnográfica a partir de mi experiencia como mujer que atravesó un diagnóstico y tratamiento por VPH. A través de este ejercicio se busca reconocer la experiencia personal como una fuente válida de conocimiento, así como a contribuir a la comprensión de experiencias compartidas relacionadas con la sexualidad y las desigualdades de género. Siguiendo a Moore (2009) quien habla del tratamiento ambiguo que se les ha dado a las mujeres desde la antropología clásica, ya que, si bien han sido parte de los temas de investigación, como en los estudios sobre familia y parentesco, por ejemplo, en los que su presencia ha sido constante en los registros etnográficos; no obstante, el problema ha sido la manera en cómo se les representa, la cual ha sido desde una visión androcéntrica.

En este sentido Moore (2009) señala que “los investigadores guiados por su propia experiencia cultural, equiparan la relación asimétrica entre hombres y mujeres de otras culturas con la desigualdad y la jerarquía que presiden las relaciones entre los dos sexos en la sociedad occidental” (p. 14). Si bien la diferencia cultural ha sido entendida como desigualdad, en nuestra sociedad, la diferencia de género ha sido igualmente planteada

desde la jerarquía. Frente a esto, una propuesta que busca salir de aproximaciones androcéntricas, sustentadas en la objetividad, ha sido la de ver las cosas desde un punto de vista propio, y aunque puede parecer algo subjetivo, sin fundamento teórico y percibido como un problema de ego al poner el foco en uno mismo, o que en ocasiones se considera que carece de seriedad o validez epistémica, considero que no necesariamente es así, cuando se lleva a cabo de manera sistematizada.

La experiencia personal puede no solo aportar valor a las investigaciones, sino que también intenta ofrecer enfoques diferentes a los fenómenos que plantea la realidad social. Calixto (2024) cuestiona la idea de que la distancia garantice una mejor interpretación de la realidad, señalando que lo propio, la emocionalidad y la subjetividad han sido históricamente asociadas con lo femenino y deslegitimadas como formas válidas de producción de conocimiento. La autoetnografía permite solo hablar de uno mismo en primera persona utilizando conocimientos encarnados, que hacen referencia a saberes contruidos desde la experiencia vivida y el cuerpo, reconociendo que las trayectorias personales también constituyen una fuente legítima para la producción de conocimiento, por lo que también puede ser valiosa para la construcción epistémica del ser con otras.

He escrito antes como el pulso autoetnográfico puede convertirse en un eje transversal, en una brújula para los cuidados y para la ética de la investigación. He señalado que materializar este pulso implica preguntarnos en latido ¿cómo estoy?, ¿cómo están?, ¿cómo estamos?, ¿qué necesito? ¿qué necesitamos? [...] Atrevemos a reconocer y buscar nuestras coordenadas ¿quién soy cuando investigo? [...] ¿Cómo y con quien tejo nosotredad? ¿Qué implicaciones tiene esto para los afectos y efectos que brotan de mis relaciones de investigación y de docencia?. (Calixto, 2024, pp. 5-6)

1.2.4 Nosotredad y conocimientos situados

La nosotredad, como lo menciona Calixto (2024), nos da la oportunidad de reflexionar durante la investigación sobre nuestras propias prácticas, así como sobre la ética o deontología que seguimos en nuestras indagaciones.

Para entender la nosotredad es Calixto quien la define como:

La nosotredad implica reconocer la red y trayectoria de afectos y efectos que nos constituyen y asumir críticamente los que se construyen en las relaciones germinadas en los procesos de investigación. Busco así cuestionar que podamos escribir del otro, de la otredad, de la alteridad, sin, realmente, estar hablando de nosotras y del vínculo que tejemos con ese otrx, que nos obligan a imaginar distante en el análisis, por el bien del acto investigativo. (Calixto, 2024. P. 5)

Esta autora señala que, al reconocernos desde la nosotredad, podemos reflexionar desde otras perspectivas, guiadas por el cuidado. Esto también nos permite conversar sobre el camino que seguiremos a lo largo del proceso de investigación e incluso "saber cómo actuar". Los planteamientos de la autoetnografía, la nosotredad y los conocimientos encarnados permiten reconocer que la producción de conocimiento surge de las relaciones entre quienes participan en la investigación. En este sentido, Pons Rabasa (2018) propone el concepto de encuentros afectivos para referirse a aquellas formas de interacción que trascienden a la entrevista entendida únicamente como una técnica de recolección de información. Para esta autora, los encuentros afectivos constituyen un elemento central dentro de la etnografía feminista, ya que permiten reconocer que tanto la investigadora como las interlocutoras se encuentran atravesadas por historias, experiencias y diversos contextos.

De esta manera, el encuentro no se limita al intercambio de información, sino que posibilita la construcción compartida de reflexiones y significados. Para Rabasa (2018), este enfoque “nos permite articular la experiencia de la persona con la que trabajamos, con la propia desde la cual vivimos el trabajo de campo, con el contexto social, histórico, político y cultural” (p.27). Desde esta perspectiva, los encuentros afectivos serán entendidos como espacios de diálogo y construcción compartidos, que permitirán aproximarse a las experiencias de las participantes considerando sus trayectorias de vida, así como los contextos sociales y culturales en los que se desarrollan.

1.3 Trabajo de campo

El trabajo de campo se desarrolló con mujeres que han atravesado por un diagnóstico y tratamiento de Virus del Papiloma Humano (VPH). A través de la etnografía feminista y la autoetnografía se buscó comprender las experiencias, significados y formas de afrontar por las participantes en relación con su diagnóstico, el tratamiento y las implicaciones que estos procesos tienen en sus vidas cotidianas. El trabajo de campo se llevó a cabo mediante encuentros afectivos y espacios de diálogo que permitieron profundizar en las experiencias de las participantes, considerando los contextos sociales y culturales que atraviesan en su cotidiano. Las participantes son mujeres mayores de edad que recibieron un diagnóstico y tratamiento de VPH y que aceptaron participar voluntariamente en la investigación. La selección se realizó mediante la técnica de bola de nieve, privilegiando la participación de mujeres dispuestas a compartir sus experiencias y reflexiones en torno al proceso de diagnóstico y tratamiento del virus. Así mismo, no se buscó obtener una muestra representativa en términos estadísticos, sino acceder a las experiencias de cada una.

Los encuentros afectivos constituyeron la principal técnica para la producción de información en esta investigación, entendidos como espacios de diálogo y reflexión que nos permitieron acercarnos a las experiencias de las participantes considerando su historia de vida, así como los contextos sociales y culturales que las atraviesan. También, se emplearon notas tanto de los encuentros realizados como del ejercicio autoetnográfico que forma parte de esta investigación, estas herramientas permitieron recuperar narrativas, experiencias y significados.

Esta investigación mantuvo como parte de la ética, la participación voluntaria, la confidencialidad y el consentimiento informado asentado dentro de la grabación que fue permitida en todo momento. Así mismo, se garantiza la protección de la identidad de las participantes mediante el uso de seudónimos y la omisión de datos que permitan identificarlas. Además, se reconoce el carácter sensible de las experiencias compartidas, por lo que se procuró generar espacios de escucha respetuosos que eviten poder generar afectaciones innecesarias para las participantes. Finalmente, la ruta teórica y metodológica que se propone en esta investigación resulta pertinente para analizar la relación entre los roles y estereotipos de género en la construcción de la sexualidad, se considera necesario un enfoque que permita comprender las experiencias desde una perspectiva situada,

reconociendo el valor de los conocimientos encarnados y de las reflexiones construidas producto de la experiencia vivida.

En este sentido, la etnografía feminista, la autoetnografía y los encuentros afectivos representan herramientas metodológicas que posibilitan aproximarse a las experiencias de las participantes desde el diálogo, reflexión y construcción compartidas, favoreciendo una comprensión amplia de las implicaciones sociales y culturales que surgen de los procesos relacionados con el Virus del Papiloma Humano.

Capítulo 2. Habitar la herida: El VPH como memoria del cuerpo.

Introducción.

En este capítulo se presentan los resultados del trabajo de campo realizado en el que busqué conocer las experiencias de mujeres que han pasado por un diagnóstico de VPH. Las cuatro participantes de esta investigación fueron seleccionadas a partir de características y necesidades específicas que pueden sumar al análisis de historias de vida que, con base en sus vivencias particulares, ellas forman parte de esta investigación, junto conmigo misma.

Todas nosotras somos mujeres vulvoportantes mayores de edad, que hemos atravesado por un tratamiento médico por contagio de VPH, radicadas en la ciudad de Querétaro, Mérida, y en la Ciudad de México. Debo de mencionar que también tuve acercamientos con otras mujeres contagiadas por VPH, quienes compartieron parte de su testimonio, pero por diversas situaciones, no fueron consideradas como participantes del capítulo etnográfico, sin embargo, me brindaron tópicos para la reflexión.

aunque reveló una situación interesante: en un primer momento enfrenté la dificultad de encontrar mujeres con diagnóstico de VPH y durante el trabajo de campo, y una vez que yo también me abrí al tema desde mi propia historia, aparecían mágicamente a mí alrededor en gran número (lamentablemente), lo que me permitió corroborar empíricamente las estadísticas al respecto,³ las cuales hablan de hasta el 80% de la población contagiada en algún momento de su vida (Entre redes, 2024).

³ El 70% de la población se ha contagiado o podrá contagiarse de VPH a lo largo de su vida, en la mayoría de los casos el virus podrá ser eliminado de su cuerpo sin mayor complicación. Incluso la persona podría no darse cuenta que lo tuvo, pero de los más de 200 virus existentes, según la Organización Panamericana de la

Al ser una investigación de corte feminista centrada en las experiencias de mujeres, se tuvo varios encuentros con ellas, e incluso mi relato también lo construí en distintos momentos, trabajar de esta manera, vernos y volvernos a ver nuevamente, me permitió profundizar en los conceptos propuestos para el análisis del tema, como: la sexualidad y los roles y estereotipos de género, con base en cada una de sus vivencias.

Es importante mencionar que todas las entrevistas fueron grabadas, ya fuera en los encuentros presenciales como en los virtuales, y se les solicitó su nombre solo para fines de registro, todas ellas pidieron de manera abierta que sus nombres reales no se utilizaran, por lo cual, en esta tesis se guarda la privacidad de las participantes, por medio de la confidencialidad de sus datos personales; respecto del consentimiento informado, se les indicó de forma oral que su información formaría parte de una investigación de maestría, el objetivo y los alcances de la distribución de los resultados.

El capítulo se compone por dos apartados, el primero corresponde al momento en el que las participantes reciben el diagnóstico, las cuestiones que se presentan se relacionan con la manera en cómo se perciben a sí mismas frente a una enfermedad de transmisión sexual, en lo que afloran estigmas relacionados con la sexualidad de las mujeres como son la promiscuidad, el gozo, la culpa, la vergüenza; y el correlato social de esto, como parte de las emociones morales (Hansberg, 1996). Se aborda lo relativo a las maneras en cómo hablan o no, del tema, con familiares, pareja y amistades, así como el desconocimiento en torno a la atención médica y sus posibilidades económicas para llevar un tratamiento.

En el segundo momento se recuperan las experiencias de las cuatro participantes en torno a los procedimientos médicos por los que pasaron, durante los cuales surgen cuestionamientos con respecto al futuro, se reflexiona a partir de la diversidad de vivencias las redes de apoyo que sostienen la salud emocional y física de las pacientes.

2.1 El eco del diagnóstico.

“La memoria es una casa donde cabemos todos”
Liliana Bodoc.

Salud los tipos 16 y 18 son precursores del cáncer (OPS, 2008) y en algunos otros si hay síntomas, de ahí la importancia de mantener medidas de prevención como el uso de métodos de barrera en cada encuentro sexual.

En este primer apartado se relatan las vivencias de Innana, Killa y Kupuri, siendo mi propio testimonio con el que inicio, porque es el primer contacto que tuve con la enfermedad y posteriormente me permitió conocer otras historias. En las siguientes narraciones puedo dar cuenta de la manera en cómo se fueron gestando los “encuentros afectivos” (Pons, 2018), estas aproximaciones que relatan el tránsito que ha sido atravesar por el diagnóstico y posteriormente el tratamiento por VPH. Cada una de las historias tiene características particulares y ocurren en un tiempo que no sigue un orden estricto, Sin embargo, en la mayoría de ellas pude identificar similitudes que consideraré como categorías de análisis.

Cada relato citado, contiene fragmentos de los encuentros afectivos que se sostuvieron en uno o varios momentos. Las interlocutoras se permitieron acudir a los recuerdos de lo que les había ocurrido, a expresar las emociones que les atravesaban el cuerpo, a romper el silencio que en ocasiones las acompañaba, hablaron también del dolor que muchas veces se manifestaba y que no siempre era físico, así como la culpa que frecuentemente mencionaban por haber sido contagiadas por sus parejas.

Considerar que las emociones son mediadas y no inmediatas, nos recuerda que el conocimiento no puede separarse del mundo corporal de los sentimientos y las sensaciones; el conocimiento está ligado a lo que nos hace sudar, estremecernos, temblar, todos estos sentimientos que se sienten de manera crucial, en la superficie del cuerpo, la superficie de la piel con la que tocamos y nos toca el mundo. (Ahmed, 2015 p. 259)

Los testimonios que aquí se presentan también representan la producción de conocimiento.

2.1.1 Consulta de rutina: el inicio de mi historia

Llevaba tiempo esperando los resultados de unos estudios de rutina que me realizaba año con año una citología cervical que preferentemente lo hacía cada diciembre porque las citas y los procedimientos son más sencillos debido a que no hay tanta demanda. Nunca había tenido resultados negativos hasta ese momento, aún sigue presente esa primera llamada con la que todo comenzó, se trataba de un número desconocido, pero aun así atendí y mi interlocutora dijo: “llamamos del centro de salud, es urgente que venga”. En ese momento, pensamientos sobre toda mi vida pasaron por mi mente. Imaginé que la enfermedad podría ser VIH o algo aún más grave, no hay nada más aterrador que lo que puede estar en nuestra mente, porque sabía que una prueba así no podría dar un resultado por VIH, pues son

estudios diferentes. Esta creencia surgía porque, en la sociedad, una infección como el VPH no se habla mucho, se tiene mucho desconocimiento al respecto, pero si tenemos interiorizado el estigma de las enfermedades de transmisión sexual.

Este fuerte estigma y discriminación en torno a las enfermedades de transmisión sexual, está vinculado a los estereotipos de género.

Para Martín

[...] las personas que no se adaptan a los estereotipos de género de una determinada sociedad son consideradas generalmente como personas anómalas porque la desviación del estereotipo de género suele estar socialmente condenada con la intención de mantener el orden sexual-generalizado. (Martin, 2008, pp. 52-53)

Y dado que culturalmente estas enfermedades se asocian con acciones de promiscuidad, puede repercutir en que algunas personas no inicien o no sigan su tratamiento, para ocultar un supuesto comportamiento inmoral.

Parece que la gravedad de la situación está relacionada con la cantidad de parejas sexuales que ha tenido una persona, y esta es una de las primeras preguntas que se hacen al comenzar las consultas ginecológicas, aunque es solo un prejuicio. Actualmente, se entiende que lo que realmente importa no son las parejas sexuales que has tenido, sino haber tenido contacto sexual con alguien que tenga una infección. No es necesario que haya penetración para que la infección se transmita, y también es complicado saber cuánto tiempo ha estado el virus en el organismo, a menos que hayas tenido relaciones con una única persona que esté contagiada. Por otra parte, sería necesario que se indagara respecto a las prácticas de riesgo ya que estos datos podrían permitir realizar pruebas más específicas para tener un expediente y atención médica más completa⁴.

Planeé mi horario para ir lo más pronto posible y en solo dos días ya estaba en el centro de salud, cuando llegó mi turno, tomé una respiración profunda y pasé, dentro había un hombre mayor de rostro poco amigable, me explicó a grandes rasgos que se trataba de VPH, las consecuencias de esto y el tratamiento que de inicio realizaría. Escuché

⁴ Al indagar a profundidad las prácticas de riesgo que una persona lleva a cabo en su vida sexual, permite incidir respecto a las pruebas de detección que se requiere para determinar si el virus se aloja solamente (en el caso de las mujeres) en el cuello uterino, ya que la infección también podría desarrollarse en el ano, boca o garganta. Entonces lejos de solamente cuestionar con cuantas personas mantuvo relaciones sexuales, es vital hacer cambios y preguntar acerca de sus prácticas de riesgo para prevenir daños en otras zonas del cuerpo.

atentamente mientras me proporcionaba la información esencial. Estaba sentada en una silla cerca de la pared, alejada del médico, y la puerta estaba abierta para dejar pasar el aire que se movía junto con las náuseas que sentía. Era época de pandemia y había que tomar en serio ciertas precauciones, aunque eso significara perder la privacidad que este espacio necesitaba. Sin embargo, la información que me daban siempre me generaba más preguntas que respuestas. Sobre esto he escrito en otros espacios, lo que también retomo para esta autoetnografía:

Las dudas asaltan después de que escuchas el diagnóstico, algo así como un zumbido que ensordece o un sonido vacío tras un concierto. Allí comenzó la aventura, revisiones mensuales, a veces físicamente dolorosas y otras que solo afectaban el ánimo, no sabía a dónde ir, estoy acostumbrada a ser autosuficiente y no recibir, ni solicitar ayuda, incluso opté por crear mis propias estrategias, son cosas que hago cuando siento que tengo que salvarme, en ocasiones solo estábamos mi bicicleta y yo, salía de las consultas y caminaba un poco para que el dolor disminuyera. Cuando este aminoraba me volvía a impulsar, subía y me dirigía a mi destino sobre las dos ruedas que mucho me han sostenido en esto para seguir. (Aviles, 2025, párr. 9)⁵

Podría parecer un poco arriesgado utilizar un medio de transporte como este después de una revisión vaginal, pero de alguna manera concedía algunos minutos de soledad para limpiar la mente y las emociones de todos los pensamientos que se generaban dentro. No podía explicarme a mí misma lo que sucedía, hay ocasiones en las que aún me es difícil saberme con un diagnóstico, pero escribir para mí y para otras es quizá la mayor motivación, es saber que en esta vorágine de pensamientos intrusivos y de sentimientos encontrados también existe la posibilidad de acompañar a mujeres en sus propios procesos tan distintos al mío, es permitirme la ternura que muchas veces en este transitar de los procedimientos médicos están ausentes.

[...] me culpé por todo, incluso llegué a sentirme mal por no haberme querido lo suficiente para prevenirlo, pero aun así me preguntaba: ¿quién?, ¿cómo?, ¿cuándo?, ¿por qué?, ¿en qué momento?, ¿por qué a mí? Es arrogante pensarlo y ¿por qué no? Me contestaba. Con el tiempo y la búsqueda de información aprendí que es un virus común, incluso podríamos pasar por el sin darnos cuenta; algunos ocasionan daños graves y en otros solo desaparece. Sin embargo, es en las mujeres donde hay un mayor riesgo; de hecho, la Organización Panamericana

⁵ Este texto lo publiqué en una plataforma dedicada a la escritura emergente de diversos temas y retomo varios fragmentos de este escrito para construir la autoetnografía de esta tesis.

de la Salud afirma que esto es un precursor del cáncer, ya que algunos tipos como el 16 y 18 son responsables del 70% del cáncer cervicouterino. (Aviles, 2025, párr. 10)

Conforme fue pasando el tiempo fui descubriendo que mi secreto era el secreto de muchas otras mujeres, de hecho, encontré que era de las que afrontaban esta situación no en soledad, pero si en solitud, otras prefieren estar acompañadas y considero que gran parte de esto es movido por el miedo, yo también lo sentía.

Había días en los que me despertaba pensando que nadie debía saber y otros en los que quería decírselo al mundo porque no había nada de vergüenza en lo que me ocurría. En realidad, elegí la primera opción porque así era, me gustaba que lo muy privado se quedara en lo privado, como si lo protegiera del mundo.

Incluso, durante semanas lloré sin la más mínima razón, mientras caminaba, en los trayectos en bicicleta, debo aceptar que el uso de cubrebocas en un tiempo de pandemia hacía más fácil ocultar el llanto, podía pasar más de media hora de viaje pedaleando y llorando por no saber qué hacer o qué sentir, al final, decidí hablar y como era costumbre redacté un mensaje para mi entonces mejor amiga y así contarle todo lo que estaba pasando, sin embargo, nunca le pedí que me acompañara. (Aviles, 2025, párr. 3)

Por mucho tiempo, mi forma de responder a muchas de las enfermedades es hacer lo que tenga que hacer para estar mejor y eso se convierte en un nuevo camino, la dieta, el ejercicio constante y en demasía fueron aliados, nadie en mi entorno entendía esa parte porque nunca fui deportista realmente, supongo que también esto generaba dudas, pero pronto se normalizó.

Al mismo tiempo, comencé una búsqueda continua de bienestar que no solo se refiere al cuerpo físico. También consideré otros aspectos, como el ámbito emocional y el mental, los cuales se conectan de alguna manera. Esto no solo se reflejó en mí, en otras historias también se incluyen diferentes experiencias que lo asumen como un camino propio. Sin embargo, en mi relato, cada uno de estos aspectos se transformó e inicié con otros cuestionamientos que hasta ese momento no habían tenido cabida.

Busqué respuestas en todos los lugares donde pude, entre lecturas de tarot y meditaciones busqué y busqué dentro de mi todo lo que había para sanar, de mis ancestras sentía que había cosas que no conocía que incluso hasta la fecha sigo sin saber. Realizaba acciones por las futuras generaciones como si con eso las cuidara a ellas por anticipado.

Esta sanación, tan apreciada hoy en día, en realidad se asemeja a un iceberg; la parte visible es solo la cima de un gran conjunto de enseñanzas, creencias y frustraciones que hemos adoptado de nosotros mismos y de quienes nos criaron. Busqué en lo inconcluso, en el quizás, en lo que podría ser, al final revisité todo lo que soy.

2.1.2 Innana, el VPH y la danza por la vida

Como menciono al inicio, fue a partir de mi propia experiencia que empecé a conocer las de otras, esto lo refiero de esta manera:

La primera vez que se me habló de esto fuera del consultorio fue tras salir de una revisión. Al despedirme de una enfermera cercana, me preguntó si me ardía. En ese momento comprendí que ella también había pasado por algo similar, sin decir más, era su forma de dejarme saber que estaba a mi lado. Nunca volvimos a mencionar el tema, pero empecé a encontrar a otras mujeres que también habían sido contagiadas. Las vi en las salas de espera, me compartieron historias sobre la hermana de, posteriormente supe de la amiga del amigo, la compañera de trabajo, la terapeuta, incluso aquella que por temor no se atendió y falleció, este, quizá fue el relato más desgarrador que había podido escuchar hasta ese momento. Somos tantas...mucho más que estadísticas, tenemos nombre y apellido.

A lo largo de este proceso he conocido muchas experiencias. Al principio, me sentía como una simple observadora; no compartía lo que me sucedía, las escuchaba con atención, pero nunca lo mencioné. En lugar de ello, intentaba que no se dieran cuenta de que... a mí también.

Pero esta vez había algo diferente. Innana es una mujer totalmente distinta, es de las que se sienta contigo para que te reconstruyas sola, que te acompaña sobando tu espalda y abrazando tu corazón con palabras de afirmación. Cuando la conocí yo era como un gato nervioso, la observé durante mucho tiempo, no creía que pudiera existir en estos tiempos de guerra alguien que construye desde el amor. Me enseñó a aceptar mi cuerpo, a SOLTAR, como ella lo dice, así con mayúsculas, aunque es más complejo de lo que parece. Innana es maestra de danza, baila y vuela con total libertad, verla moverse es un deleite, crea comunidad desde el espacio que ha construido como un oasis dentro de la ciudad, forma e instruye a otras mujeres en el nada fácil arte de la danza, en el reconocimiento y aceptación

de nuestros cuerpos y aunque por meses solo tomaba la clase y recogía mis cosas sintiendo la derrota y el dolor en las piernas, poco a poco me reconocí.

Un día nos compartió que se ausentaría porque iba a tener una cirugía, todo parecía raro pero creo que la mayoría respetamos que no diera detalles de lo que le pasaba, al poco tiempo y ya más recuperada, nos compartió que el procedimiento había sido por cáncer, debo decir que cada que alguien menciona algo así, quisiera salir corriendo porque mi padre murió por ello y lo que me hace sentir es inexplicable, en fin...con miedo y todo me acerqué para saber más del asunto y le pregunté sin tiento, ¿fue por VPH verdad? A lo que ella contestó: sí.

Entonces encontré en su mirada una complicidad distinta, una que te dice: estoy encontrando a mi manada, esto también les pasa a otras mujeres cuando deciden compartirlo. Incluso he conocido a hombres que han enfrentado lo mismo. Sin embargo, muchos otros no se hacen exámenes y las repercusiones no son tan severas. En algunos casos, no presentan síntomas y las revisiones son relativamente amables para ellos. En contraposición, las mujeres, nuevamente, nos encontramos en una situación de desventaja.

Para Martín (2008), esta diferencia se da a razón de una estratificación de género lo que representa una desigualdad reflejada en las prácticas que discriminan a las mujeres y que suelen ser comunes en la cultura. Para ella la estratificación de género “Se refiere a las desigualdades entre hombres y mujeres, reflejando la jerarquización social y la dominación masculina existente en la mayoría de las sociedades” (Martín, 2008, p. 51).

Al muy poco tiempo retomé la plática pendiente y le conté lo que me había pasado y como lo había vivido, caminamos por la calle con café en mano para saber los detalles de la experiencia de cada una, yo quería grabar en audio, pero decidí no hacerlo, por el contrario la escuché adentrándome en una plática profunda y en ese momento llegamos a la siguiente conclusión: “solo a quien le ha pasado puede entenderlo”; y no es que otras mujeres no puedan ser empáticas con el tema, pero quien lo ha vivido puede dar fe de todas las cosas que implica, como lo que ocurre en las instancias médicas, porque ya sean públicas o privadas, existen muchos tipos de violencia durante la atención: las instalaciones limitadas, escasas, carentes e insuficientes, además del trato de lxs médicxs pocas veces empáticxs, incluso muchas veces revictimizantes con las pacientes, fortaleciendo los estereotipos de género que como explica Cobo son “el primer mecanismo ideológico burdo pero muy

eficaz que apunta a la reproducción y el reforzamiento de la desigualdad por género [...] Este puede definirse como un conjunto de ideas simples, pero fuertemente arraigadas en la conciencia, que escapan al control de la razón” (Cobo, 1995, p. 9). En relación con esto, Segato (2003) habla de la violencia moral, que puede ocurrir incluso sin violencia verbal pero que puede presentarse de otras maneras como actitudes, intimidación, sospecha, entre otras. “La conducta opresiva es perpetrada en general por maridos, padres, hermanos, médicos” (Segato, 2003, p. 115). En ocasiones no se cuenta con redes de apoyo, ni acompañamiento emocional porque ese también es un privilegio. En fin, podríamos enumerar otras muchas problemáticas que atraviesan un sistema de salud patriarcal.

El grupo de relatos puede reflejar la gran desigualdad de género que enfrentan las mujeres en el cuidado del VPH en comparación con los hombres. La mayoría de ellos no presentan síntomas y se someten a revisiones sencillas sin complicaciones, mientras que las mujeres, primero enfrentan el desconocimiento y la desinformación, después el diagnóstico y seguimiento, pasan por tratamientos que son a menudo invasivos, traumáticos y en su mayoría son dolorosos, así como por el estigma relacionado con la sexualidad y las enfermedades de transmisión sexual. Esto las coloca en una posición desfavorable porque no se les brinda atención ni se les diseña un tratamiento que tome en cuenta sus necesidades particulares. Estas acciones podrían señalarse como parte de las diversas violencias, entre ellas la estructural “que se reproduce con cierto automatismo, con invisibilidad y con inercia durante un largo período luego de su instauración, tanto en la escala temporal ontogenética de la historia personal a partir de su fundación doméstica” (Segato, 2003, p. 113).

Innana fue la primera con la que pude hablarlo libremente, porque yo ya había pasado por un proceso reflexivo en terapia psicológica, de esta manera tomé decisiones a partir de ese momento, como elegir llevar a cabo estudios de maestría con este tema. Al solicitar una oportunidad en el posgrado entendía que la afronta no sería sencilla, había tanto que poner en la mesa, lo pensé, lo hablé con otras personas y decidí que era un paso necesario porque ya hacía notas y escribía textos que guardaba celosamente, pero sin duda había que ir más profundo.

Con su testimonio pude reconocer algunos caminos que debía atravesar y que además no había contemplado, como las historias familiares de cada una, con base en la idea de Martín

(2008) transmiten ideas, creencias y prejuicios que en muchas ocasiones fortalecen el estigma y la culpa, lo que influye en la construcción del ser mujer, de esta manera, es a partir de las relaciones, los roles y estereotipos de género que se determinan conductas específicas y quienes no cumple con ello, como lo nombra Marcela Lagarde (2005) se consideran “verdaderamente locas” (p.770), a aquellas que dentro de la cultura patriarcal, deciden desobedecer ya sea por impedimento o por decisión propia.

A las que deciden vivir el erotismo a su manera, enfrentan consecuencias como las enfermedades de transmisión sexual, como si se tratara de una maldición, incluso se fomentan los silencios y los secretos como un acuerdo tácito porque de sexualidad no se habla. Gayle Rubin (1989) explica que el castigo para “La sexualidad en las sociedades occidentales ha sido estructurada dentro de un marco social estrechamente punitivo y se ha visto sujeta a controles formales e informales muy reales. Es necesario reconocer los fenómenos represivos sin caer por ello en las suposiciones esencialistas del lenguaje de la libido, y es importante el estudio de las prácticas sexuales represivas” (p. 24). El reconocimiento de toda la problemática me planteaba el estudio de un posgrado en antropología, ya que se trataba de cuestiones socioculturales.

Innana recuerda como inició su proceso, pidió el número telefónico de la ginecóloga de una de sus amigas quien ya se lo había proporcionado varias veces y en las cuales no había agendado; aunque esta ocasión era distinta, sabía de alguna manera que algo no andaba bien y después de solicitar una consulta se realizó una prueba de citología cervical, pasaron los días y los resultados no fueron los esperados, si bien la noticia la recibió de una manera tranquila el panorama cambió rápidamente.

Oye, fíjate [...] hay un virus de papiloma, se tiene que tratar y ver qué grado es. Entonces, primero tenemos que hacer una biopsia para ver en qué nivel estás y lo que prosigue todo esto. Entonces, pues ya con ella volví a agendar [...] Laura (ginecóloga) es buenísima y aparte te habla como con mucho cariño, con mucha empatía, te hace sentir que todo va a estar bien, a pesar de que hay un diagnóstico no tan chido y ella te dice: Todo va a estar bien, tranquila, vamos a trabajar. Y te da múltiples opciones, porque ella me dijo que tenía la opción de la cirugía, la podía realizar ella, pero me salía en \$50,000 pesos y entonces yo le dije: Yo no tengo para pagar eso. (Comunicación personal, Innana, 2025)

Muchas mujeres acuden a sus consultas ginecológicas iniciales con médicas y médicos privados, pero a menudo el precio es elevado y en ocasiones insostenible a la larga, así que

optan por el sistema público o por opciones que se adapten a su economía y donde la realidad es distinta, frecuentemente hay ausencia de servicios básicos.

Entonces, cambias de tener una cita privada con todo el tiempo y la atención que necesitas, a estar en entornos médicos que tienen una cantidad de pacientes tan alta que nunca hay tiempo disponible, desde los centros de salud hasta los hospitales públicos que solo buscan hacer revisiones rápidas, frías y distantes. Informando de manera breve sobre el procedimiento o la enfermedad en cuestión.

Buscando opciones más económicas fue la misma ginecóloga que le había atendido inicialmente quien le ofrece brindarle la atención, pero en uno de los hospitales públicos más saturados del estado donde también trabaja. Sin embargo, tendría que iniciar nuevamente con todos los análisis. Innana decidió que no lo haría, no deseaba volver a pasar por el dolor físico de comenzar todo de nueva cuenta. “yo decidí no hacerlo porque la verdad ya no quería volver a hacerme la biopsia. Pasar de nuevo por eso, eso de que corten el pedacito, mí sí me dolió”. (comunicación personal, Innana, 2025)

Incluso le propusieron llevar a cabo un procedimiento aún más invasivo por la gravedad de su estado físico, lo que también representaba otras complicaciones.

haz de cuenta que la decisión de no retirarme la matriz, en primera fue la lana, la neta. La doctora me dio dos opciones, la conización me salía en \$20,000 pesos, que de todos modos para mí era imposible, pues no tenía ese dinero y quitarme la matriz me salía en \$50,000, pero ella no me daba tan buen diagnóstico porque yo traía tres anemias. O sea, fui bien mal; de hecho, la doctora me decía: ¿cómo estás caminando? Porque estaba muy mal. (Comunicación personal, Innana, 2025)

Al mismo tiempo que buscaba otro espacio que estuviera dentro de sus posibilidades, también transcurría la vida con todos los avatares que representa tener un par de hijos, pareja, trabajo, y las preguntas que constantemente ella misma se realizaba.

La primera pregunta, ¿cómo llegó hasta ahí, ¿no? Entonces, ¿quién fue? ¿Por qué? O sea, y obviamente pues no es un error de uno, sino al fin, también de la otra persona al final es un error de dos, ¿no? tanto de la persona el portador, que es el hombre, pero nosotras también como esta onda de no tener el cuidado, de la permisividad de pues sí, o sea, al final uno dice, "No va a pasar." Como que no te ves ahí, nunca te topas ahí, ¿no? Y entonces para mí fue muy vergonzoso, lo primero que dije fue, ¿qué pasó? [...] para mí fue un golpe muy fuerte porque nunca esperé estar en esa situación. Creo que nadie nos prepara para estar en esas situaciones en donde te dicen, "Güey, tienes una enfermedad de transmisión sexual."

Porque aparte sigue siendo un tabú bien grande esta onda de las relaciones sexuales, aunque hay muchos métodos y bla bla bla, sigue siendo como todavía bien cerrado. (Comunicación personal, Innana, 2025)

Este secreto evita que se trate las infecciones de transmisión sexual como cualquier infección. Además, como señala Segato (2003), también se vincula con otra clase de violencia, la moral, que no solo se acepta porque se considera "natural", sino que también se valida, oprime y se reproduce con facilidad, afectando la vida de las mujeres.

Lo que provoca que, al no abordar la sexualidad con naturalidad, tanto hombres como mujeres tampoco poseemos la información necesaria sobre las ITS (Infecciones de Transmisión Sexual), no estamos usando métodos de barrera lo suficientemente eficaces para evitar contagios o que definitivamente no se utilizan y que no tenemos en cuenta que no existe inmunidad, cualquier persona puede contagiarse al tener una vida sexual activa. Además, es fundamental comprender que no se trata de un fallo personal; es la sociedad a partir de los estereotipos de género lo que ha creado un estigma tan profundo que genera sentimientos de culpa y vergüenza, lo que puede provocar el aislamiento y el manejo silencioso de la enfermedad, ya que se considera un tabú. Esto podría servir como un recordatorio de que estas enfermedades y el tema de la sexualidad, en general, deberían discutirse abiertamente, lo que podría fomentar el apoyo, la normalización y el cuidado colectivo como se haría con cualquier otro padecimiento.

2.1.3 Killa y su primer encuentro.

Al considerar el trabajo de campo y las técnicas de investigación que íbamos a usar, así como los criterios que se aplicarían a las participantes, notaba que muchas de ellas no cumplían con los requisitos necesarios, ya sea que iban comenzando su tratamiento, no vivían dentro del país o se atendían en su totalidad en espacios privados, etc. Pero la búsqueda ahora estaba enfocada en encontrar informantes que cumplieran con los requerimientos de esta investigación, exploré nuevas áreas como el grupo de *WhatsApp* de mujeres que han decidido por diversos motivos la no maternidad y comparten experiencias al respecto, así que redacté los propósitos de mi investigación y lo envié para explorar otras posibilidades y aquí conocí a Killa. Si bien era complicado que nos reuniéramos en persona

por la cantidad de actividades que ella tenía, si pudimos reunirnos de manera virtual y así es como mantenemos comunicación.

Para Killa encontrarse con el contagio fue distinto, para aquellos entornos que piensan que la promiscuidad es la causante de un contagio de Virus de Papiloma Humano, aquí se muestra que esto es irreal, muchas mujeres tienen exclusividad sexual con un solo compañero y eso no impide que puedan ser contagiadas e incluso re contagiadas si él no se atiende o si no se utiliza algún método de barrera.

De igual manera, la ginecóloga Mariana Robles explica que por ejemplo en México las cifras más elevadas de portadoras de VIH (otra de las infecciones de transmisión sexual más conocida) son mujeres monógamas amas de casa. Explica que esto se da porque no se utiliza un método de barrera o protección y no necesariamente por la cantidad de parejas sexuales que hayan tenido (Entre redes, 2024)⁶.

La actividad sexual de Killa era reciente, solamente había tenido una pareja sexo afectiva y había decidido relacionarse con una nueva persona, con quien al momento de tener relaciones notaba dolor y sangrado, lo que la alertó y la llevó a tener su primera cita ginecológica, consideraba que quizá se podía tratar de una infección. Le explicaron que se trataba de un virus y que era tratable, pero también era necesario que se realizara una biopsia, su primera pregunta dentro de la consulta fue si esto podía ser por cáncer y si le sería posible tener hijos.

Las dudas sobre la maternidad aparecen a menudo tras recibir un diagnóstico, en parte debido a la confusión sobre los diferentes procedimientos que existen y cuán invasivos pueden llegar a ser. Esto puede ser explicado, como lo señala Vance (1997) que se relaciona la sexualidad con la reproducción, siendo que esta es una ínfima parte del universo que realmente abarca la sexualidad y lo reducimos solo al acto de reproducirnos. Por tanto, no pensamos en qué ocurrirá de ahora en adelante con mi sexualidad, en cambio, pensamos directamente como parte de los roles de género, la maternidad como destino.

En todos los encuentros que realicé, las interlocutoras manifestaban sentirse responsables de no haberse cuidado, si bien son conscientes de que el contagio proviene del portador, la idea de la responsabilidad y la culpa es algo interiorizado y que ronda todo el tiempo de

⁶ Entre redes. (2024, 07 de marzo). El VPH ¿nos persigue? [Video]. Youtube https://www.youtube.com/watch?v=-9Zb5CmW8_M

manera inconsciente, para Killa había una preocupación que iba desde la posibilidad del abandono de su nueva pareja, hasta del daño a la salud de otra persona por considerar que podría ser ella quien transmitiría el virus.

Porque pues llevábamos poquito, llevábamos yo creo que unos tres, cuatro meses y antes de él solo había tenido relaciones con otro novio con el que duré cuatro años y con él fue la primera relación sexual. Entonces yo decía sí, claro, fue él [la primera pareja] y yo enojada, con él y conmigo pues no había habido realmente penetración con él, pero yo decía entonces cómo fue y por qué no me cuidé lo suficiente.

[...] Y después obviamente yo también me sentía responsable de haberle transmitido a mi novio, ahora esposo, eso y él también lo platicó con su amigo que estaba estudiando medicina, también le dio tranquilidad, si es algo grave, pero en los hombres prácticamente no es de tanto riesgo.

[...]Y como que sí me sirvió para ser un poco más consciente de mi salud y también que no lo pasé sola, porque si tenía mi pareja que me apoyó, que no tenía estigma, no me culpabilizó, no me criticó, no nada. (Comunicación personal, Killa, 2025)

Incluso a lo largo del proceso, la inquietud por la situación económica era constante, ya que los exámenes que debía hacerse eran por su cuenta, ella era estudiante en ese momento y sus ingresos no eran suficientes para lo que se le requería, si bien tenía seguro médico por parte de la escuela, sabía que el tiempo de espera para una consulta es largo y decidió llevarlo a cabo en otra institución que es mucho más accesible que una privada, pero no era una tan concurrida y podían atenderle de manera inmediata. Además, de considerar que quizá el trato podría ser más amable. Tampoco lo compartió con su familia, aunque sabía que su madre había tenido una experiencia similar y aún más invasiva debido al VPH, Killa no lo compartió, fue su pareja y algunas amigas cercanas las únicas con quienes pudo hablar de ello. Además, tras la revisión de ambos, el gasto en medicamentos que debían asumir ellos mismos se convirtió en otro aspecto clave. No siempre recetan, pero hay ocasiones en las que se solicitan medicamentos adicionales, y siempre influye la cuestión económica para cubrir estas necesidades.

Pero justo mi mamá, por ejemplo, iba al IMSS hacerse los estudios y normalmente se tardan de que seis meses para que te den la cita para el papanicolau y otros tres meses en lo que te dan el resultado. Entonces si tú ya tienes una lesión muy avanzada, puede que en meses se te desarrolle el cáncer y ya no hay ya nada que hacer. Siento que todavía falta mucho, mucha más atención y aparte divulgación de

información, incluso como un nivel mucho más básico. O sea, como este de boca en boca, lo que decíamos, que otras mujeres sepan que tú lo tienes, que yo lo tengo, que muchas compartimos este mismo diagnóstico y, además, este mismo sentir y que se vean reflejadas así. (Comunicación personal, Killa, 2025)

Su tratamiento fue hace casi diez años, pero lo recuerda como algo que le transformó la forma de ver la vida, de procurarse el cuidado y de cuidar a otros como por ejemplo a su hermana menor, a quien le explica acerca de las enfermedades y como es que se transmiten. Posterior al tratamiento que recibe cada una, ya no hay posibilidad de ser omisas con la salud, las revisiones deben ser al menos cada seis meses para saber que el virus no está de vuelta, el ejercicio y la alimentación también funge un papel fundamental porque se requiere un sistema inmunológico fuerte, lo que representa la principal fuente de defensa contra el virus. Sin embargo, no existe una guía de alimentación específica para personas con VPH, solamente recomendaciones por parte de la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2008) y artículos que promueven la prevención a través de hábitos de alimentación más saludables.

2.1.4 Kupuri cuando el mundo se desmorona.

Desde que recibí mi diagnóstico me era usual escuchar sobre mujeres que se habían recibido tratamiento en diferentes lugares, de maneras más o menos conocidas, incluso de esta manera fui teniendo el conocimiento de los diversos procedimientos. Aunque mi situación no fue fácil y el proceso fue más largo que el de otras, también buscaba información al respecto. Muchas respuestas no las encontré en las consultas, ya que incluso la documentación proporcionada por los médicos era escasa y en ocasiones no se podía otorgar a las pacientes. Pasé por varios niveles del sistema de salud, como centros de salud, hospitales públicos entre ellos IMSS e ISSTE, y en ninguno me dieron información detallada. Por el contrario, todo era muy repetitivo y en ocasiones violento.

Algunas de las interlocutoras me hicieron llegar la documentación que les proporcionaron durante su tratamiento y ninguno tenía que ver con lo que se me había otorgado, en donde incluso ver en una fotografía el resultado después de un procedimiento es impactante, tanto o más que cuando solo miras por la pantalla al momento en que se está realizando.

Cuando conversé sobre el tema de mi investigación con otra compañera de mi clase de danza, ella me comentó sobre grupos de mujeres que empleaban diferentes métodos de sanación. Unos más amorosos y que ofrecían contención y un apoyo. Ella mencionó a una persona que se había sanado dentro de esos círculos, y así fue como conocí a Kupuri. Nuestra comunicación ocurrió siempre de manera virtual o a través de *WhatsApp*, ya que en ese momento ella vivía en Mérida y estaba a punto de cambiar de residencia.

Kupuri estaba recostada sobre su cama cuando nos conectamos y así permaneció durante toda la entrevista, me pareció tan natural esa forma de encontrarnos aún con la distancia, al inicio parecía un poco distante, al momento en que intercambiamos nuestras percepciones con respecto a las emociones y los sentimientos acerca de nuestras vivencias en torno al virus pudimos conectar. Mientras hablamos cuidaba de su sobrina, una niña de no más de dos años que aparecía por momentos frente a la cámara.

Así sostuvimos la charla y entramos rápidamente en materia, recordaba que el inicio de su proceso había sucedido siete años atrás, lo recordaba con mucho detalle. Después de atravesar por fiebre tifoidea y estando en recuperación notó que comenzaron a salir verrugas genitales así que de inmediato acudió al ginecólogo, quien le indicó que lo más probable es que se tratara de PVH por lo que realizarían un raspado vaginal y eliminarían las verrugas con láser; se le explicó que las verrugas podrían haber surgido debido a una disminución en su sistema inmunológico, aunque es posible que el contagio hubiera ocurrido tiempo atrás y esto lo activara. Se le realizó una evaluación más detallada y se propuso un tratamiento denominado criocirugía que “congela” el tejido afectado.

Su diagnóstico lo recibió de manera un tanto amable, le explicaron en consulta ginecológica que el virus era algo común, que no se preocupara porque casi la mitad de la población lo tiene o lo ha tenido, pero ella me dijo que “se le vino el mundo abajo” Una enfermedad como el VPH puede estar relacionada con el cáncer, y esta es una de las primeras ideas preconcebidas que tenemos debido a la falta de información o conocimiento. Además, el estigma social que conlleva tener una Infección de Transmisión Sexual (ITS) puede influir directamente en futuras relaciones, ya que se puede pensar que se tiene la posibilidad de transmitirla a otra persona o puede surgir la preocupación de ser rechazado por los demás.

Kupuri es madre independiente, para ella las dudas con respecto a una nueva maternidad le hacían cuestionarse el futuro ¿Cómo podría nuevamente ser madre después de un

diagnóstico como el que había recibido? se preguntaba si tendría una pareja de nuevo, aunque de momento las prioridades se enfocaban en el cotidiano y en atender lo que le estaba ocurriendo, la incertidumbre con respecto a este y otros temas era constante.

Cuando yo me entero que tengo esta enfermedad, para mí fue así como de me acaban de dejar la marca, así para decirme si estás sucia, tu cuerpo no te pertenece, si está sucia, tu cuerpo no te pertenece. Para mí fue muy feo, yo entré en depresión, yo sentía que no era opción de mujer para absolutamente nada ni nadie, ni siquiera para tener hijos. ¿yo dije ya, como ya no me voy a embarazar, imagínate, imposible que tenga un parto normal, se va a infectar el bebé, cómo funciona ahí. (Comunicación personal, Kupuri, 2025)

Tenía 22 años en ese momento, Kupuri sobreviviente de violencia sexual, sumaba a su historia no solo esta experiencia, también la batalla legal por su hija y además el diagnóstico. Su red de apoyo compuesta por sus hermanas y su hija hicieron que pudiera poco a poco atravesar la depresión. “Yo estaba muy deprimida, muy deprimida [...] estaba muy mal” (comunicación personal, Kupuri, 2025). Al reflexionar sobre todas las vivencias pasadas, estas pueden provocar que surjan traumas anteriores. Con esta carga emocional, la depresión era una forma de liberar esa emoción. No obstante, su red de apoyo actuó como un medio para manejar las emociones que estaba sintiendo.

Para Sara Ahmed las experiencias reconocibles de dolor “involucra formas de asociación entre sensaciones y otros tipos de “estados de ánimo”” (Ahmed, 2015, p. 52). Para esta autora la transformación ocurre cuando entramos en contacto con experiencias y se expresan en forma de lo que podemos llamar dolor, “la sensación de dolor se ve profundamente afectada por los recuerdos: se puede sentir dolor al acordarse de un trauma pasado” (Ahmed, 2015, p. 55). Estas sensaciones se convierten en fundamentales para reconocer que ahí se ha atravesado por vivencias, aunque estas no sean agradables

2.2 Entre la salud y el acceso: Retos y decisiones para el tratamiento del vph.

En este apartado se retoman las experiencias de las cuatro participantes en cuanto a la intervención médica, este momento es de interés para la investigación ya que permite analizar cuáles son los espacios a los que las mujeres acuden para realizarse sus procedimientos y los factores que influyen en ello, como la falta de información, la

precariedad en la que se encuentra el sistema de salud, el acceso al mismo y el costo económico.

2.2.1 El camino de Innana, una travesía de sanación.

Innana se atendió en una escuela de medicina privada, donde recibió el servicio de manera gratuita por tratarse de un espacio de prácticas para estudiantes, Con asesoría de médicos con mayor experiencia. En su testimonio se puede ver la manera en cómo se cuestiona estar en esa situación, la vergüenza y la situación social del lugar, que tiene que ver con las alternativas para la atención médica en las que sólo queda confiar, aunque pudiera representar un riesgo mayor por su improvisación.

Las respuestas pronto llegaron a Innana y entre sus alumnas de danza se ha formado una red de apoyo y comunidad que le permitieron conocer a otras mujeres en una situación parecida, quienes la acercaron a esta opción, que, aunque parecía improvisada, era más amigable y gratuita, lo que le permitió atenderse a tiempo, aún con la premura que se le había planteado inicialmente:

Entonces como que no yo me encontré en un momento de incomodidad de esta situación de no saber qué hacer. Y literal tenía tres días o dos días de que me habían dado el diagnóstico y ya me habían dicho las opciones y yo estaba como, ¿qué hago?

Y una de mis alumnas me dijo: no voy a ir un mes, voy a entrar a cirugía, las células cancerígenas y le dije, "A ver, espérate, tú traes virus del papiloma, ya me acaban de detectar.", y ya ella empezó a hablar conmigo y ella y yo nos dimos seguimiento. A pesar de que ella dejó de venir, estuvimos dándonos un seguimiento

[...] Literal, les hablé y les dije, "Tengo una amiga que pasó lo mismo que yo estoy pasando y ya te tengo mi diagnóstico, tengo una biopsia. La señorita me dijo, "Mándame todo por *WhatsApp*." Así como hasta bien raro. O sea, realmente es una escuela de medicina. Y hay un montón de médicos, más bien, no tan formal. Yo lo sentía, así. Y ya ella me dijo, "En seis meses te hablamos." como que ellos no estaban preocupados y yo dije, bueno, en seis meses me hablan (Comunicación personal, Innana, 2025).

Al cumplir ese plazo todo se dio de manera apresurada, se le pidió acudir rasurada, pero sin confirmarle que procedimiento le realizarían y si lo llevarían a cabo en ese momento, se validaron los estudios, el diagnóstico y algunos otros estudios adicionales que, guiada por su propio instinto, se había hecho recientemente, y que pensó que podrían ser de utilidad.

No le informaron si podía acudir con algún acompañante, de hecho, varias de sus acciones fueron motivadas por su intuición más que por una instrucción clara. Todas las demás mujeres estaban solas por lo que ella le pidió a su pareja que se retirara para no incomodarlas y ella le avisaría a su salida, ya en solitario no quedaba más que esperar su turno. Al respecto Gayle Rubin (1989) menciona que “Ciertas poblaciones aguantan lo más pesado del actual sistema de poder erótico, pero su persecución sirve de esqueleto a un sistema que afecta a todos” (p. 82), la experiencia de Innana, representa como la soledad y la carga impuesta es reflejo de un sistema de opresión, es parte de un sistema de poder erótico que se refleja constantemente en los testimonios que aquí se presentan.

Aquí hay una interrogante que puede surgirle a cualquiera: ¿se iba a atender con practicantes? Evidentemente Innana también se lo planteó, pero no había más tiempo que perder y al parecer para el resto de las mujeres que sumarían al menos 15, no tenían duda, o tal vez sí, pero igualmente esperarían a ser atendidas. Más de una vez, la idea de dejarlo todo cruzó por su mente. Observaba a las otras mujeres a su alrededor y sus pensamientos giraban en torno a eso. El espacio era un auditorio transformado en hospital; aunque no estaba sucio, tampoco tenía la higiene de un verdadero hospital.

Estábamos ahí, no había luz, me acuerdo que no había luz, que de repente hubo un punto en donde se les fue la luz y estaban todos los practicantes corriendo de un lado a otro porque pues tenían más mujeres adentro con la cirugía, ¿no? Creo que ese fue el único momento en donde dije, ¿Qué estoy haciendo aquí? Donde sí me dio miedo, ¿Y si me van a pasar? O ¿no? (Comunicación personal, Innana, 2025)

A pesar de la duda, el momento llegó y pasó a una pequeña habitación donde tenía que cambiarse su ropa por una bata y no salir hasta que se le llamara porque en ese mismo espacio se hacían los procedimientos que no solo se enfocaban en atender a pacientes con VPH, sino también en varias condiciones relacionadas con el sistema reproductivo femenino. Piensa en el lugar y lo describe como enorme solo dividido por unas telas, aunque si se mantenía cierto rigor, pero era evidente que se trataba de un lugar improvisado.

Yo fui la última. Me dejaron al final porque creo que yo era la que estaba más complicada de todas las compañeras que estaban ahí. Entonces, me dejaron al último y sí me tardaron. Yo veía que mis compañeras tardaban entre 30-40 minutos. Yo me eché como una hora y un poquito más y el doctor sí tuvo que intervenir,

porque no cauterizaba un punto, el doctor super amable conmigo. Todo va a estar bien. No te va a pasar nada. Sí me dolió, sí sentí y, sí, lo viví.

Ay, es que si hubo un punto donde estaba abierta de piernas con todos los practicantes en frente de mí. Una de ellas sosteniendo mi mano y dije... ¿Qué hago aquí? ¿en qué momento llegué a estar aquí?

Y me dolió un chingo y me solté a llorar y la doctora, o sea, no podía voltear a ver la pantalla a verme lo que me estaban haciendo. Yo dije, “No mames, no puedo, güey.” Entonces ella me sostuvo la mano y me dijo, “Todo va a estar bien.” Y yo estaba llorando ahí, no podía dejar de llorar. Toda la sesión me la pasé llorando porque era tan fuerte el saber que estaba yo ahí viviendo eso. Fue muy fuerte, realmente emocionalmente fue muy muy fuerte estar ahí.

Que lo que decíamos, vengo aquí con mi cara de vergüenza porque tengo una infección de transmisión sexual, estoy exponiendo mi parte más pues sensible a un montón de personas y me ven que estoy malísima, ni siquiera es como que digan, o sea, te acabas de contagiar es que quién sabe desde cuándo estás así.

Y los doctores me decían, ¿No te sientes mal?, veo tus estudios y estás malísima, y yo decía, “Güey, ¿cómo pude permitir llegar a este punto?”, para mí fue muy difícil, llegar a ese a ese punto. Sí sentí todo, sentí cuando el láser cortó me dolió un montón, sentí cuando me cosieron, olí cuando me estaban, bueno, no te cosen, te queman.

Olí la carne ahí quemada. Al final me entregaron mi pedazo de útero, te lo dan en un bote para que tú lo lleves a patología, porque ellos no hacen ese servicio. Y yo estaba en shock, lo abrí, o sea, vi mi pedazo y dije, “Güey, qué pedo. (Comunicación personal, Innana, 2025).

Al irse, ella era la última persona en la clínica. Avisó con la poca batería que aún quedaba en su teléfono celular, pero antes de partir, tuvo uno de los momentos que más recuerda.

Yo estaba sola. Era eso. Fue tanto y de repente salir y ver todo tan oscuro y yo sola, o sea, ¿cuál es el siguiente reto que voy a enfrentar? Como que me ha tocado en mi vida situaciones que me hacen pensar que las he librado sola y verme ahí así, en qué momento va a estar todo chido. (Comunicación personal, Innana, 2025).

Al señalar a las mujeres como únicas responsables de un contagio como el virus del papiloma entendemos que también como lo hemos mencionado anteriormente se hace explícito que los estereotipos de género que se enraízan como parte de un sistema patriarcal.

2.2.2 Recuperación en silencio.

Respecto de Killa, ella se atendió en una clínica privada en Ciudad de México que recibía un pago simbólico y que solo atiende a mujeres. El momento de la recuperación fue el más significativo para ella, justo después del procedimiento, ya que asumió el dolor entre sollozos sin abiertamente mostrar su dolor, lo cual representa la forma en como las mujeres comúnmente enfrentan la enfermedad o intervenciones quirúrgicas.

se sentía privado porque tenías tu propio espacio, pero a la vez estás compartiéndolo [...]con otras mujeres. Y estaba oscuro, o sea, yo no sé si porque para que no vieras la cara de sufrimiento de la de al lado, de la de frente y que te asustaras, no sé por qué, pero como que eso ayudaba a que yo me concentré en mí, en lo que yo estaba sintiendo y te digo, estaba como silencioso, pero sí se escuchaba ahí como el sollozo. Y yo me acuerdo que justo como estaba grande el sillón, o sea, sí me hice bolita, como que me acurruqué ahí y también me puse a llorar. Me puse a pensar: a ver, ya me hicieron esto, ya voy a estar bien, porque yo soy mucho de tirarme al peor escenario. Entonces yo dije, ya con esto voy a estar bien, no tienes por qué preocuparte, no te vas a morir, estás actuando en pro de tu salud. O sea, como que yo misma terapeándome, que era lo mejor que había hecho. Lo identificaste a tiempo, no es tu culpa, tú confiaste en la persona anterior y tu pareja va a estar contigo y está bien y todo.

Yo sentía así una presión muy fuerte como en el vientre, pero en el pecho si sentí aquí el nudo porque al final no podía llorar así tendido, no podía, entonces como que sentí aquí el nudo pero si en el pecho como que algo me habían presionado o algo me habían quitado, no sé y ya era raro porque como que cuando una ya me se sentía mejor abrían la puerta y se entraba así toda la luz, veía hacia las otras que tenía al lado, pero tampoco me levantaba así de que hay a ver cómo está la otra, no, o sea nada más así como de poquito de lo que alcanzaba a ver así y ya hasta que también lo que sentí fue como no puedo ser la última porque no puede ser que a mí me duela más que a las demás, o sea tengo que mi cuerpo resiste y mi cuerpo si puede, entonces ya me la verdad no sé, o sea no ubico ninguna, ningún rostro ni de qué edad será, ni absolutamente nada.

Y luego era aparte caminar, salir de la sala y caminar por las salas estas en el centro del edificio que como que están en el centro y los consultorios hacia alrededor, es como que todo mundo te volteaba a ver porque todo mundo sabía.

Lo bueno era que eran puras mujeres, o sea esa clínica si entraban puras mujeres, nada de acompañante hombre ni mujer ni nada, la pura paciente, entonces pues eso creaba de bueno no me está viendo por juzgarme o yo no lo sentía así, sino tal vez porque ellos decían pues eso me va a pasar a mí ahorita me van a decir que voy a

entrar ahí, no sé, nunca me han hecho otra operación, nunca he vuelto a sentir ese dolor ni en el pecho ni en el vientre. (Comunicación personal, Killa, 2025).

El peso social que llevan las mujeres en la sociedad se traduce en una soledad a pesar de estar en grupos. Este papel que siempre se espera de ellas implica soportar en silencio el sufrimiento físico y mental, lidiar con las críticas y el diálogo interno que las empuja a resistir sus propias emociones, tratando de racionalizarlas para no permitir que se manifiesten. Como se mencionaba anteriormente, la violencia moral se manifiesta de múltiples formas en el contexto de relaciones aparentemente afectuosas, [...] “se reproduce al margen de todos los intentos de librar a la mujer de su situación de opresión histórica” (Segato, 2003, p. 115). Gayle Rubin (1989) plantea que

a medida que descendemos en la escala de conductas sexuales, los individuos que las practican se ven sujetos a la presunción de enfermedad mental, a la ausencia de respetabilidad, criminalidad, restricciones a su movilidad física y social, pérdida del apoyo institucional [...] Un estigma extremo y punitivo mantiene en bajo status a algunas conductas sexuales y, de hecho, constituye una sanción contra quienes las practican. (p. 27)

Estas acciones punitivas se pueden traducir en un castigo social, que se sanciona con la privación de los derechos, el ejemplo es la soledad, como se relata en la mayoría de las narraciones, la culpa y el estigma perpetua la desigualdad y limita la libertad de tratar a la enfermedad como un padecimiento común y que al normalizarlo también se les permita estar acompañadas como en otros procedimientos.

2.2.3 Kupuri renacer desde la tradición.

Kupuri Llegó al consultorio, donde solo había un escritorio y una silla donde trabajaba el ginecólogo. A la izquierda una pequeña puerta de madera que daba a un baño diminuto con un espejo y batas para cambiarse. Solicitaban que, después de ponerse la bata, se dirigiera a la mesa de exploración y se recostara.

Kupuri sentía una tristeza profunda, había pasado procesos que le tenían deprimida, A pesar de esto debía enfrentar tanto el diagnóstico como la recomendación del médico de eliminar las verrugas. Inicialmente, la culpa fue lo primero que apareció...

Para mí fue muy fuerte porque como yo desde pequeña sufrí de abuso sexual, yo ya tenía un tema con mi cuerpo muy fuerte, o sea, de temas así de me siento sucia, estoy sucia. Cuando yo me entero que tengo esta enfermedad, pues para mí fue así como de me acaban de dejar la marca, así para decirme si estás sucia, tu cuerpo no te pertenece, si está sucia, tu cuerpo no te pertenece. (Comunicación personal, Kupuri, 2025)

Después vino el procedimiento, el miedo constante y un llanto imparable, parecía imposible detener el temblor en mis manos, me describió.

Tenía un soporte de metal para las piernas, (le solicitaron) abre las piernas, te vamos a revisar ahora, de por sí a mí cualquier revisión por así decirlo ginecológica, me incomodaba mucho por lo mismo de los abusos sexuales, entonces como que a mí me hacía sentir demasiado vulnerable, me hacía sentir demasiado expuesta. Cada vez que yo tengo que ir a una revisión con la ginecóloga, a mí se me ponen las manos frías, los dedos de los pies fríos, me tiemblan las manos, siento que me quiero vomitar, se me revuelve el estómago, me empiezo a tapar la cara, me da de todo, pero en el momento que me dicen a ver, nada más abre las piernas, te vamos a revisar, me da más de todo.

Emocionalmente así me sentí. Me sentí muy mal, me sentí muy triste, me sentí que ya había echado a perder mi vida, que ya había dejado de ser una posibilidad de mujer. [...] Me temblaban las manos desde que me decían te vamos a cortar con láser las verrugas, te vamos a hacer un raspado vaginal, no sé cómo explicarlo, me daba miedo en mi mente decía ¿Por qué?

Por favor, no quiero -ya tantito solo vas a sentir una pequeña molestia-. Y me dolía y yo apretaba las manos, las tenía frías, congeladas. El doctor me vio tan mal [...] me imprimió unas hojas sobre el papiloma y fue que me empezó a dar como todo este discurso de mira, es lo más común del mundo, no te vas a morir, al menos que no le tengas como un cuidado, un seguimiento, pues... se puede convertir en cáncer en tu vagina, por así decirlo. Pero si no, todo normal, la mayoría de la gente vive con esto, la mayoría del mundo tiene esto, entonces calma, no te vas a morir, no es el fin del mundo.

O sea, como que eso, es lo que más grabado tengo porque me lo repitió muchas veces, como no te vas a morir, no es el fin del mundo, es lo más común del mundo. (Comunicación personal, Kupuri, 2025)

Este fue el único síntoma que tuvo por un tiempo. Mas tarde, mientras intentaba embarazarse tuvo que someterse a una operación porque un óvulo se quedó atrapado en un ovario y creció sin que ella lo notara. Por esta razón, necesitó atención de emergencia y descubrieron que había muchos quistes debido al uso de anticonceptivos.

Con el paso del tiempo, aun sintiéndose afectada emocionalmente, recibió una invitación para unirse a un grupo de sanación, donde su hermana es quien lo sostiene. Esta experiencia le ha ayudado a mejorar no solo su bienestar físico, sino también su salud emocional y la ha acercado a conectar con la espiritualidad de una manera más positiva y experimentar su realidad de otra manera.

Las historias que aquí se presentan están enmarcadas en su mayoría por narraciones donde el dolor es contingente, aunque aquí aparece en la mayoría de los relatos de diferentes maneras, se dice que en la mayoría de las culturas se presenta como algo individual,

privado y silencioso. Sin embargo, es necesario hablar de lo transformador que puede ser conocer estas historias, aunque no hayamos vivido algo parecido.

[...] justo porque nadie puede saber qué se siente tener mi dolor, quiero que los otros cercanos reconozcan como me siento (Ahmed, 2015, p. 61). La intención es validar el dolor de otras, no solo como un mero saber, se trata de empatía, de comprender que, aunque a mí no me ocurra puedo imaginar lo que a la otra le sucede. “[...] Así que, en cierto sentido, cuando respondo al dolor de esta otra, cuando acaricio su mejilla, llego a sentir esto que no puedo conocer. (Ahmed, 2015, p. 63)

La sociabilidad del dolor o “vínculo contingente” como lo llama Sara Ahmed, (2015). Nos permite ser con los demás, conmovernos. No se trata de hacer una generalización de cómo se debe sentir, ni establecer un juicio al respecto, sino de adoptar una postura ética y política ante ellas “[...] El dolor no es simplemente el efecto de una historia de daño: es la vida corporal de esa historia”, hacer énfasis que no es solo un relato anecdótico, sino que se vuelve político al considerar cómo en cómo se perpetúan las violencias estructurales a través de los cuerpos de las mujeres en situaciones de desigualdad.

2.2.4 La soledad de un tratamiento: mi historia.

Cuando el VPH apareció me movió todo, me cuestiono a menudo ¿cómo me arriesgué a hacerlo así? Masticarlo se volvió difícil y tragarlo casi imposible, había pasado del nivel más básico en un centro de salud cercano al lugar donde vivo, pero después de casi un año de tratamiento se determinó que el virus estaba de regreso, el médico acusó que seguro no me había cuidado con preservativo y como una especie de castigo (al menos esa fue la sensación que me provocó la decisión) me indicaron que trasladarían mi expediente a un hospital al sur de la ciudad.

En ese momento sentía que era volver a empezar, después entendí que tendría que volver a empezar muchas veces más, el cambio de alguna manera fue benéfico porque ya llevaba un tiempo en que el virus no se eliminaba en su totalidad y las revisiones a las que tenía que someterme mes con mes, tampoco eran agradables, nada de los cambios que había realizado estaban funcionando.

Después de cada cita salía del consultorio con una especie de tristeza a la que no le permitía alimentarse del todo, jamás me pidieron que tomara algún otro medicamento, que cambiara mi dieta, o que me vitaminara, algo que me permitiera sentir que podía hacer algo más por mí, solo se hacía hincapié al uso del preservativo y a que no me relacionara con más personas o que lo hiciera con uno solo, sentía que la mirada acusaba como si supieran todo de mí con tan solo verme. Hice mi propia estrategia para sentirme mejor después de cada consulta, aunque tenía que llegar lo antes posible a la oficina, después de cada revisión me daba ese tiempo para “repararme”. Todavía no comprendo por qué nunca se me interrogó acerca de mi repetida solicitud de permisos para faltar al trabajo y hasta la fecha lo agradezco, aunque estoy consciente que en ese el empleo no contaba con seguro médico y por esa razón el permiso era lo único que podían ofrecerme.

Al mudar de institución, me di cuenta que no calificaba para ese hospital debido a que aún contaba con el seguro estudiantil. Omitieron que tuviera toda la documentación y casi por suerte me aceptaron. Además, la enfermera me apoyó para que pudiera entrar a consulta, lo que me permitió acceder al tratamiento. En ese lugar había algo que siempre me resultaba frío, o tal vez sentía más soledad de lo normal. Las bancas eran de metal y había que llegar temprano, antes de que el sol saliera para no tener que esperar tanto tiempo y que el material para la revisión estuviera realmente limpio.

Desde la primera visita me informaron que para las próximas consultas debía llevar una falda larga; era un requisito esencial para el examen. También me comunicaron que debido a mi situación era necesario hacerme una biopsia, la cual se realizó en la siguiente cita, pero no fue algo significativo. Luego, basándose en los resultados, me dijeron que realizarían un quemado, pero no me explicaron que eso significaba una cirugía. Además, no me pidieron que fuera acompañada ni mencionaron en qué fecha se llevaría a cabo. Por mi experiencia, pensé que solo aplicarían un líquido y que esto causaría una sensación de ardor, como en otras ocasiones.

Antes de cada consulta casi no podía dormir, la noche anterior parecía tan breve. Me costaba conciliar el sueño, pero ahí estaba, no era momento para permitir que mis emociones me dominaran. Llegué cuando aún no amanecía, el viento soplaba quedito y el frío de la madrugada aún se podía sentir, esperé en silencio observando como poco a poco el personal del hospital y el resto de pacientes, en su mayoría mujeres con sus hijos

llenaban de ruido el recibidor que compartían todos los consultorios, en el rincón estaba la puerta donde sería atendida y afuera de ella, yo en una banca fría de metal que hacía las veces de sala de espera.

Antes de que me atendieran pude tener el tiempo suficiente para observar a otras, casi ninguna de ellas cruzaba mirada y mucho menos palabras, sabemos porque estamos allí, la falda nos delata, reflexionaba sobre tantas cosas, hay el tiempo suficiente para nadar profundo en tus pensamientos. Sonó mi nombre con la voz de la enfermera, y como otras veces sucedía falló al pronunciarlo, tras un escaso protocolo de desinfección, el ruido del exterior se terminó de golpe, se cerró la puerta y de pronto el silencio incomodo del doctor que lee el expediente, ni siquiera volteaba a mirarme y tampoco me recordaba o parece que me había olvidado entre la cantidad de mujeres que atiende todos los días.

Por fin me dirige la mirada y me realiza preguntas de rutina mientras al fondo el sonido de la preparación de los instrumentos es llevada por la enfermera. Me confirma que es una lesión de bajo grado leyendo un documento que apenas si alcanzo a ver y al que nunca se me permitió tener acceso.

Es momento de entrar a la habitación contigua, un lugar pequeño de al parecer tres por tres metros aproximadamente, no lo sé con precisión, pero en ese momento me parecía que así era, en el centro el elemento principal, una enorme cama de exploración con soporte para las piernas y unas pequeñas escaleras al pie de ese gigante, era el lugar donde todo ocurría. No había espacio, ni batas para el cambio de ropa como en otros consultorios, todo estaba ocupado por material, carpetas de documentos apiladas y sabanas con olor a desinfectante que se colaba por la nariz, retiré mis pantaletas y subí, bajé la cadera hasta el filo de la mesa esperando que fuera la altura correcta y entonces se acercó el médico listo para comenzar.

Me dijo que haría una cauterización; no cuestioné más, solo asentí. ¿Lista? Me pregunté a mí misma. ¿Cuándo se está preparado para algo así? Hablaban entre ellos de cosas cotidianas y mientras lo hacían el espejo vaginal entraba en mi cuerpo, por encima de mi cabeza se encendió una pantalla que muestra lo que hay en mi interior y la manipulación que se hacía dentro de él. Me sentía como un pedazo de carne mientras me anestesiaban.

El compuesto de este medicamento siempre me ha provocado taquicardia, y aumentaba los nervios hasta el punto de querer salir corriendo, son los minutos más largos de espera, mientras hace efecto la anestesia aprieto fuerte contra mi pierna el pedazo de papel con gel

que me proporcionó la enfermera, la sensación fría rozaba la piel. En ese momento escucho el encendido de un motor, mientras veo por la pantalla como se va tiñendo de gris el cuello de mi útero, ese color rosa poco a poco se difumina y parece que solo quedó en cenizas. En un instante se desprende parte del tejido y literalmente se abrió un hoyo que el médico intentó desesperado cauterizar, en cuestión de segundos ya soy otra, en realidad soy otra desde que me diagnosticaron.

Desvié la mirada por un momento y alcancé a ver en la única ventana que había en el espacio un rayo de luz que se posaba sobre un cactus. Para entonces había perdido la noción del tiempo y una vez pasado el momento de crisis la enfermera me indicó los cuidados que debía tener, nada de esfuerzo, ni cargar peso, el esmero era vital para la recuperación o podía tener una hemorragia que en sus palabras “nadie me pararía” y tendría que volver al hospital.

Bajé de la mesa, me “vestí” y recibí el resto de las indicaciones, aún experimentaba los efectos de la anestesia, mis piernas seguían adormecidas y tenía un dolor punzante en el vientre, salí del consultorio sintiendo la gasa echada bola en el interior de mi vagina que podría retirar hasta el día siguiente durante el baño. Abandoné el hospital y en la puerta tomé un taxi, el camino fue una tortura, cada movimiento que realizaba se sentía como si un cuchillo me fuera enterrado. Lo más difícil ya había ocurrido pensé, sin reparar que vivo en un tercer piso y había que subir los escalones que se sentían interminables, al llegar a casa la única sensación que mitigó mi dolor fue hacerme bolita en mi cama junto a mi gata y dormir un poco para olvidar lo que había sucedido.

Conclusiones.

Al integrar este capítulo, se observan los resultados del trabajo de campo, basado en las historias de estas tres mujeres y mi propia vivencia sobre el proceso de diagnóstico y procedimiento por VPH. A través de estos relatos, se muestran los efectos de la violencia estructural que afecta los cuerpos y las vidas de todas nosotras.

Las variables que me permitieron llevar a cabo el análisis fueron 1) los roles y los estereotipos de género, así como 2) la violencia estructural y moral, y 3) la sexualidad, a partir de las cuales pude mostrar cómo se mantienen los mecanismos de un sistema opresor como el patriarcal. Esto ayuda a entender cómo se enfrenta al estigma, el silencio y la

culpa, al ser diagnosticadas con una infección de transmisión sexual. A su vez, estos componentes se entrelazan y trabajan en conjunto para que los estereotipos y las formas de violencias se perpetúen.

Desde esta estructura teórica y metodológica fue posible crear un lugar para observar las marcas que estas violencias y los estereotipos de género dejan en las mujeres que pasan por un proceso de ITS y que generan desigualdad. Aunque estas voces no representan la realidad de todas las mujeres, son una parte significativa para entender y valorar esta problemática.

Este capítulo destaca la necesidad urgente de tratar el problema de manera integral, reconociendo que todos y todas somos parte de una pandemia silenciosa, siendo asintomáticos. Este silencio ha contribuido al aumento significativo de casos en mujeres, y también recontagios en algunas situaciones. La falta de información sobre las ITS (Infecciones de Transmisión Sexual), la ausencia de servicios de salud asequibles para todos y todas, junto con el escaso uso de métodos de protección, facilita la propagación de la enfermedad. Todo esto se enmarca dentro de una cultura que castiga y juzga moralmente a las mujeres que se contagian por una vía sexual.

Así mismo, este documento aborda la posibilidad de centrar el interés en la salud sexual, en el manejo de la enfermedad y el acompañamiento que nos permitimos. También, posibilita abrir un camino hacia el diálogo acerca de la propia sexualidad, así como de las prácticas sexuales tanto en lo individual o en conjunto. Entender que la normalización de este virus y en general de las ITS, podría desarticular y cuestionar las narrativas morales, las creencias, los estigmas y la vergüenza que hemos construido en torno a la sexualidad, a la enfermedad, a los estereotipos de género que nos atraviesan. Liberarnos de los silencios desmonta los discursos patriarcales que nos han contado por generaciones, nos permite levantar la voz para no dejar que se nos trate distinto, que las mujeres podamos tener acceso a diagnósticos oportunos, a atención médica de calidad, que al mirarnos a los ojos o sentarnos en salas de espera dialoguemos en libertad sobre lo que nos ocurre porque nada hay de vergüenza en lo que nos ha pasado.

Capítulo 3. Develar lo oculto: La memoria transformada en sanación.

Introducción.

En este capítulo se presentan otras formas de sostenernos frente a la enfermedad, esta propuesta no tiene como objetivo sustituir el tratamiento médico, sino acompañarlo de manera paralela. A partir de los testimonios que se presentaron en el capítulo anterior, las interlocutoras manifestaron que atender tanto la parte emocional como la espiritual lo cual les fue esencial para su recuperación, lo que se relaciona con las posibilidades de fomentar el autocuidado. En este contexto, también durante mi experiencia necesité buscar otro tipo de ayuda complementaria.

Siguiendo con el enfoque propuesto para esta investigación centrado en la etnografía feminista se recurrió a la visión de tres terapeutas debido a que gran parte de su labor se centra en atender a mujeres desde sus diversas problemáticas entre las cuales se encuentran las infecciones de transmisión sexual, de modo que sus aportes también conviven en la práctica y se centra en las vivencias de cada una, situándolas como sujetas de conocimiento a través de su narrativa y su contexto sociocultural, Castañeda (2010). En este sentido consideré necesario incluirlas ya que mi experiencia con ellas me permitió tener una visión más amplia en mi propio proceso no solo por el diagnóstico, sino también como paciente es su momento.

Así mismo, acudí a ellas para ampliar la visión y hacer patente la importancia de considerar una práctica de autocuidado como lo es la terapia o los círculos de sanación entre mujeres, como complemento al tratamiento médico. En este sentido, para quien recibe esa contención al acudir a estos espacios se cuestiona el lugar que toma el virus en la vida de cada una como parte de una “emoción moral” que permea, Hansberg (1996). Dentro de la sociedad en donde los roles y estereotipos de género que se reproducen constantemente, así como la culpa que en palabras de Marcela Lagarde (2005) y que considera son los “cautiverios de las mujeres” es que este acompañamiento permite a las mujeres diagnosticadas afrontar la enfermedad de una manera diferente.

En el primer apartado abordo, a partir de las entrevistas que le realicé a dos terapeutas, Ivonne Olascoaga,⁷ ella me atendió antes del diagnóstico y Diana Quintero, quien me

⁷ En cuanto a las entrevistas realizadas a las terapeutas, Ivonne Olascoaga, Diana Quintero y Yuritzin González, todas otorgaron la autorización para citarlas dentro de este documento, lo cual quedó asentado en las entrevistas que se les realizaron y que quedaron grabadas a diferencia de los testimonios de las interlocutoras a quienes se les cita con un pseudónimo con la intención de resguardar su identidad

acompañó durante mi proceso, en ambos casos cuento con el consentimiento informado e integro fragmentos de dichas entrevistas. Así mismo, reflexiono sobre mi experiencia en terapia, para lo cual realicé una autoetnografía sobre las sesiones a las cuales asistí. En el segundo apartado, abordo la experiencia Yuritzin González quien es terapeuta de tantra y participante dentro de algunos círculos de mujeres sanadoras; estos colectivos son parte de la medicina alternativa que se ha convertido en una opción para muchas mujeres de afrontar este y otros padecimientos.

En el tercer y último apartado se muestra un dossier, el cual corresponde a los resultados del trabajo visual desarrollado a partir de la fotografía, en el que las mujeres participantes, al tener un encuentro afectivo, revelaron otros dolores ocultos; que se manifestaban en sus miradas, en la opresión en el pecho, un dolor de cabeza o alguno de sus sueños, entre otros. Este proyecto conecta con la propuesta de intervención centrada en el autocuidado, en este caso, por medio del arte visual, impulsando un diálogo que transforme las perspectivas, abre una puerta a la sanación, ofrece un espacio de escucha y empatía en el proceso académico. Además, permite plasmarlo en una serie fotográfica acompañada de relatos que emergen de la voz de todas nosotras.

3.1 Dar voz al silencio

“Queremos nombrar las voces de las historias que ocurren aquí,
para que nadie más desaparezca en el silencio”.
Lucero Brizuela

Llegué a terapia por recomendación de una amiga, años antes del contagio por VPH. Al llegar me recibió Ivonne una persona muy cálida de voz dulce, profesional y preocupada siempre por el bienestar de las mujeres, ella supo desde el primer momento como tratarme. Yo estaba temerosa, tenía varios años sin recibir atención de este tipo, porque mis experiencias en el tratamiento psicológico habían sido más bien dolorosas, y temía que algo similar pudiera ocurrirme; pero fue todo lo contrario. Por ello la entrevisté porque me parece necesaria su visión como terapeuta para entender la relevancia de mantener un acompañamiento en espacios destinados a ser escuchadas y de trabajo personal, lo que

puede configurarse como un espacio de autocuidado, ya que brinda la posibilidad de hablar acerca del padecimiento. Para esta terapeuta posicionada desde la corriente Gestalt, es fundamental que en el caso particular de mujeres diagnosticadas con VPH puedas saberte parecida a otra, conocer lo que a ellas les sucede y saber que hay esperanza de vida, reflexionar “Ah, hay otras que han pasado por aquí y aquí están” (Comunicación personal Olascoaga, 2025).

En este apartado habló de la terapia como un espacio de autocuidado desde una perspectiva vivencial; si bien las experiencias pueden ser tan diversas como las personas, tener un acompañamiento terapéutico es una herramienta valiosa para mantener la fuerza y la conexión con la vida. “Y entonces una ya no se siente tan sola ni vulnerable, porque cuando tú abres esto que es un tabú, es como si te desnudaras frente a la otra persona; cuando todas somos iguales donde está la vulnerabilidad, todas nos cobijamos y todas nos apapachamos porque atravesamos por lo mismo [...] De ahí la fortaleza (por ejemplo) de las terapias grupales, porque es en grupo donde a veces no quieres hablar, pero oyes, ves, te empiezas a sentir identificada y empiezas a sanar y tal vez lo quieras compartir o no, pero eso ya es un paso” (Comunicación personal, Olascoaga, 2025).

Para esta terapeuta, compartir en grupo con otras mujeres las experiencias dolorosas permite procesar el evento, aunque Ivonne menciona que es el mismo sistema el que nos oprime como mujeres, considera que son aprendizajes culturales los que hemos tomado de nuestra sociedad y que no nos permite vivir nuestra sexualidad con libertad porque nos ha sido negada históricamente. Esta terapia trabaja desde el presente, el aquí y el ahora, su nombre completo es Terapia Humanista Gestalt, se enfoca en la relación entre el organismo, el ser humano y el entorno, en la actualidad esta triada se ha olvidado un poco. Podemos partir de la idea de que estamos adormecidos en nuestras emociones y sentimientos, por lo tanto, no nos permitimos sentir “hemos tenido que ser fuertes y adormecer nuestras emociones temporales para poder sobrevivir a un entorno que al menos en nuestra cultura es violenta para con nosotras” (Comunicación personal, Olascoaga, 2025).

Por este motivo, es que se trabaja desde el momento en que se llega a la terapia, es decir, en el presente, si la persona por ejemplo ya ha pasado por un diagnóstico y tratamiento por VPH, entonces para no retraumatizar; de inicio únicamente se trabaja con los sentimientos del momento, por ejemplo, si hay culpa o vergüenza, eso es lo que se debe abordar de

inicio. A partir de esto se generan herramientas prácticas que ellas puedan utilizar a esto se le llama ventana de tolerancia, Ivonne explica que esta ventana permite que el organismo se encuentre estable y no hipervigilante, procura un punto medio, donde no se hagan las cosas de manera compulsiva, es decir, que el corazón no esté latiendo rápidamente o que las manos suden, o por el contrario que no se quiera hacer nada, que se pierda el interés o se tenga mucho sueño. Por lo que la terapia inicial es enseñarles a respirar de manera consciente y practicar la atención plena, la intención es que se repliquen al menos dos o tres veces por día y se pueden realizar ya sea en lo individual o en grupo, por lo que es importante identificar que actividades te hacen sentir mejor; la terapia Gestalt trabaja con el cuerpo, las narrativas y lo cognitivo, se recomienda como un apoyo adicional al tratamiento médico, esta corriente es algo vívido, ahí radica parte de la importancia. En lo personal las herramientas que aprendí en mi paso por este enfoque terapéutico me sirvió durante mi proceso a partir del diagnóstico del contagio por VPH. Y también pude replicarlos durante mis “encuentros afectivos” como los llama Pons Rabasa (2018). Para esta autora, no se realizan entrevistas a las interlocutoras, les llama “encuentros afectivos” por la cercanía que se tiene a las historias, la profundidad y su abordaje, sin abandonar en ningún momento el objetivo central que es la investigación.

Para esta autora los encuentros afectivos son vitales dentro de la etnografía feminista, porque nos asumimos como productos de una historia y no solamente como alguien que informa.

Sustituir la entrevista por encuentros afectivos, o sea, por la construcción de relaciones de afecto y de intimidad a través de dichos encuentros, nos permite ir analizando los diferentes marcos normativos y de inteligibilidad que ponemos en juego tanto a la investigadora como la persona con la que trabajamos. Desde ahí se construye una suerte de sentido común compartido que contiene el relato. [...] nos permite articular la experiencia de la persona con la que trabajamos, con la propia desde la cual vivimos el trabajo de campo, con el contexto social, histórico, político y cultural. (Pons, 2018. p.27)

Entonces esas herramientas de las que hablaba anteriormente fueron fundamentales durante el trabajo de campo ya que me permitieron escuchar con atención, saber en qué momento

parar e incluso detenerme para preguntar si mi interlocutora podría continuar con este encuentro cuando el llanto se hacía presente o si el recuerdo les abrumaba, percibir más que inquirir. Así como, tomar en cuenta todo el tiempo que estuvieran cómodas con respecto a lo que estaban compartiendo y de no exponer aquella información que solicitaban que no saliera a la luz. Fue importante hablar desde el ahora y desde un intercambio de experiencias, por lo que sustituí la entrevista tradicional por una semiestructurada en donde las preguntas se convierten en detonantes de la memoria para que ellas pudieran indagar en otros aspectos de sus historias de vida que son tan importante el contexto, como el relato de sus diagnósticos y del tratamiento.

Contar con un acompañamiento como la terapia, no me era ajeno, ya había estado en espacios similares de diferentes corrientes psicológicas, como la que tuve con Ivonne años atrás, la cual mencioné anteriormente. Sin embargo, durante este proceso tuve una nueva oportunidad y no lo desperdicié, comencé a tener sesiones con Diana, una nueva terapeuta que me recomendaron. Este lugar me permitía semana a semana, hablar de mí y de mis emociones, de todo lo que estaba sucediendo, pero desde los márgenes. Lo explico así porque no lo nombraba, no me atrevía, hablaba de todo, pero no del contagio de.... Sí, aún en terapia no era capaz de poder verbalizar nada acerca del diagnóstico.

No mencionaba lo que me atravesaba, algo estaba atorado dentro y cargaba yo sola con el peso, me confrontaba poderlo nombrar y la sensación de culpa por lo que estaba ocurriendo, no se iba, permanecía y yo misma me preguntaba ¿pero por qué no puedo hacerlo si es un espacio destinado a eso? a poder sentirme mejor, diseñado para hablar y abordaba otros temas, pero siempre estaba presente la sensación de que había un pendiente. Sin embargo, hay algo que lo detona o una palabra que te “traiciona” y te hace si o si sacar todo aquello que no te atreves a nombrar, así surgió y entonces brotó como agua. Ahora, a la distancia y al tiempo sé que esa fue la puerta de entrada a muchos más temas que no había trabajado.

Algunos de ellos se relacionaban por ejemplo con los roles de género siempre se imponen; en mi caso comenzaban a haber inquietudes que antes no habían aparecido y que hasta ese momento no ocupaban un lugar importante en mi mente, como ocurrió con el llamado “instinto maternal” que nos obliga a la maternidad, jamás llegó. Aunado a esto también fue

necesario generar herramientas para enfrentar la marca que el VPH estaba dejando en mi cuerpo.

[...] la organización social del sexo se basa en el género, la heterosexualidad, obligatoria y la constricción de la sexualidad femenina. El género es una división de los sexos socialmente impuesta. Es un producto de las relaciones sociales de la sexualidad. (Rubin, 1975, pp. 27-28)

Partiendo de esta idea, no era una fortuito que reflexionara sobre mi transitar en el mundo, y acerca de todos aquellos pendientes de la vida, que surgieron por una experiencia atravesada por la sexualidad, la cual también se expresa en presiones sociales que a menudo son fuertes en el cotidiano y nos llevan a buscar validación como mujeres, o ser consideradas “buenas mujeres”. Comencé a cuestionar las maneras en que la sociedad, mi familia, la escuela y yo misma, asumía que debía ser; esas formas cambian según el contexto de cada persona, no soy igual a nadie, ese fue uno de los grandes descubrimientos, tenía que avanzar a mi propio ritmo.

Si bien, estas reflexiones mitigaban un poco el sentimiento de culpa, seguía “ocultando” en la mayoría de los espacios lo que ocurría. Recibía atención médica en el mismo lugar al que acudía mi familia y me aterrorizaba que se enteraran. Hoy en día, no he podido hablarlo con ellas, es confuso, es difícil y sé que habrá preguntas que no quiero responder, no es sencillo poder salir del clóset de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), no es visible, no se percibe, pero yo lo sé y eso es suficiente. E incluso podría cuestionarme el por qué se debe compartir forzosamente cuando se tiene un padecimiento, pero honestamente siempre me preocupó el hecho de que alguien pudiera revelarlo. Aunque esto no sucedió y permaneció como un secreto profesional hasta ahora me sigue pareciendo extraño sentirme con la obligación de agradecerlo, si bien es un deber no divulgar esta información, la intranquilidad no provenía de la nada, las ITS son tratadas de manera secreta, como algo que debe ocultarse moralmente, como un estigma o castigo por una vida “disipada” pero como hemos mencionado esta es una idea errónea.

Al pensar en el concepto de salir del closet no busco abordarlo desde un aspecto lineal, no se reduce a un acto individual, también se colectiviza y se problematiza cuando se mezcla con la estructura social, en el caso del VPH o en términos de esta enfermedad podríamos

considerarlo como un acto performativo, que se gesta y se materializa en actitudes, espacios y silencios.

La vida sexual humana siempre estará sujeta a la convención y la interacción humana. Nunca será completamente “natural”, aunque solo sea porque nuestra especie es social, cultural y articulada (Rubin, 1975, p. 51).

Esto determina también quien puede nombrarlo y quien no, no se muestra porque incomoda que se hable con libertad y porque asusta ser contagiados. En términos de Rita Segato (2003), esto sería una consecuencia de la violencia moral que condena de forma directa a la sexualidad de las mujeres, desvalorizando el cuerpo y afectando su valor moral, se funde en la cotidianidad por la naturaleza con la que se presenta, además de considerarse como la “principal forma de control y de opresión social en todos los casos de dominación” (Segato, 2003, p.116) y como lo explica esta autora; en América Latina, una de las formas de violencia moral específicamente se expresa como menosprecio sexual, atribuido a la ineptitud sexual. Entonces, salir del clóset se convierte en una negociación constante. Por lo que VPH no solo implica un simple contagio, a nivel social representa una forma de regulación y una tensión constante para nombrar lo indecible, o para sepultar la experiencia por el riesgo al estigma. La teoría queer tiene una hipótesis con respecto a esta salida del clóset.

[...] ha prestado atención a las complejidades de los actos de revelación pública, en los que los cambios en el contexto, la audiencia y el hablante pueden alterar mucho el significado y el efecto de salir del armario, así como lo que supone hablar o permanecer en silencio (o ser una persona silenciada). (Cvetkovich, 2003, p. 139)

Por tanto, en lo cotidiano se traduce también en la vida diaria, desde la sala de espera en la que el silencio es una constante, frente a las miradas esquivas, pero la complicidad de saber el motivo que nos convoca en ese lugar; el uso de la falda y no el uso de una bata médica, que difumina la poca intimidad que nos resta y que nos vulnera. Entonces la experiencia se soterra cuando no se habla con la familia, cuando no se comparte con la pareja, cuando se nombra bajito o se evita el tema. Esto no es protección, es estigma.

Sin embargo, podría decir que la terapia, brinda la posibilidad de expresar, que te enseña de muchas formas a sentir. Lo pienso como una manera de buscar salud y ver la enfermedad desde otro lugar. En algún momento, ya avanzado del tratamiento la terapeuta me mencionó

que ella también había pasado por algo parecido. Su experiencia fue muy distinta a la mía, pero había una gran diferencia que considero crucial y que me es importante mencionar; ella no lo había enfrentado sola. La mayoría de nuestras sesiones eran virtuales debido a la pandemia. Pero cuando me compartió su experiencia mis lágrimas se detuvieron, estaba asombrada por lo que escuchaba.

Ella también tardó en nombrarlo, pero me dijo lo que nadie me había dicho o si lo hizo no lo registré; es más normal de lo que crees, les pasa a muchas mujeres, sentí en ese momento un gran alivio, o como decimos coloquialmente un apapacho al corazón. Por un momento me parecía que ella era igual a mí. Podría asegurar que eso me calmó, aunque no del todo, siempre queda un resquicio y mucho que trabajar y que trabajarse, no solo por el VPH. Por otra parte, reitero que tener un espacio de terapia, es una de las muchas alternativas que existen, no es la única. Probablemente no será igual para todas, pero es una opción, no pretendo afirmar que a todas las mujeres vivan la experiencia de la misma manera, ni que todas tenemos oportunidad de recibir atención médica de calidad, mucho menos que todas puedan acceder a una terapia. Pero en ese momento, esta era la opción que tenía a la mano y no dude en tomarla. De alguna manera, me ayudó a seguir a adelante durante el proceso.

Así mismo, para Diana Quintero, a quien entrevisté porque como menciono, su historia fue un parteaguas en mi proceso, afirma que trabajar desde la Psicología Humanista con personas que atraviesan por un contagio de VPH no es una situación común, ya que muchas mujeres viven solas esta situación ya sea por temor o por vergüenza. Diana considera que existe mucho estigma en saber que una mujer vive esta situación, y que lo atravesamos en soledad porque también nos imaginamos lo peor a partir de un diagnóstico, incluso pasamos por angustia, miedo, culpa, por eso no se lo contamos a nadie. Debido a esto, ella piensa que es muy importante que las personas de esta y de cualquier enfermedad se permitan el acompañamiento psicoemocional ya que el hecho de no hacerlo podría incluso empeorar la propia enfermedad; aunque de momento pareciera que existe una conexión para la psicología humanista, las emociones no resueltas pueden afectar en una enfermedad.

Para Diana la terapia es un espacio emocionalmente muy liberador; además, permite que en este caso las mujeres pueden estar más tranquilas, relajadas para poder enfrentar la cirugía, el tratamiento e incluso lo peor. Este tipo de terapia, tanto la Humanista como la Gestalt que

anteriormente se menciona, mantienen enfoques similares, abordan el presente; si bien, reconoce que el “consultante” como lo llama esta terapeuta, tiene una historia, aprendizajes, la relación con su familia, elementos en su vida que pueden transformarse en herramientas, de aquí que el inicio sea el hoy.

Anteriormente mencionaba que hay momentos en que no se encuentra la fuerza suficiente para compartir el diagnóstico, podría decir que prácticamente con nadie, ni con la pareja, la familia y a veces ni con las amistades más cercanas; tal como sucedió en mi experiencia. Esto no es algo al azar, existen emociones que “[...] pueden considerarse como morales porque requieren de un conjunto complejo de conceptos, de creencias y deseos relacionados con la moralidad” (Hansberg, 1996. p.153) como, por ejemplo, la culpa, que en muchas de las entrevistas o encuentros afectivos que tuve se hizo presente, las interlocutoras frecuentemente decían sentirlo, como el caso de Killa, quien se repetía que lo que le había ocurrido no era su culpa. Kupuri consideraba que la enfermedad se traducía en una marca que se había plasmado en su cuerpo y que también le provocaba sentirse sucia, y como yo misma lo relaté, me culpaba por no haberme cuidado lo suficiente.

En este contexto, nos referimos a una enfermedad que debería recibir la misma atención que cualquier otra, pero parece que es particular cuando se nombra desde lo sexual. Trabajé y he lidiado con esa sensación de culpa durante mucho tiempo, a veces tengo la sensación de que no desaparece, que siempre hay algo que podemos reprocharnos. Por esto, creo que es necesario discutirla para tratar de comprender como germina y se filtra una y otra vez. Para quien la experimenta.

implica autocensura: la persona que se siente culpable podría pensar, por ejemplo, que ha hecho algo prohibido, que ha transgredido una norma, que ha roto un tabú o que ha dejado de hacer algo que considera obligatorio. (Hansberg, 1996, p.159)

Por su parte, Marcela Lagarde considera que:

La culpa, es un elemento central de los cautiverios de las mujeres. Como base de la locura de las mujeres, se recrea en la represión social y cultural de la agresión femenina, así como en la dificultad para hacerla consciencia. (Lagarde, 2005, p.768)

Como se vio en las distintas experiencias aquí presentadas, la culpa se refuerza cuando se les cuestiona, por ejemplo: cómo ha contraído la enfermedad, por qué se contagió, en vez de prestar ayuda y buscar a un profesional para su bienestar.

La cultura reconoce como negativas a las mujeres que no cumplen con su deber ser dictado desde la racionalidad patriarcal [...] Pero las más locas de todas las mujeres son las que, por estos otros caminos, se proponen conscientemente como acción política, cambiar el contenido de ser mujer, y del mundo [...] Son reconocidas como locas las mujeres al cambiar la relación de propiedad y el sentido de sus vidas: por ser para ellas mismas, en la medida en que lo son. (Lagarde, 2005, p.770)

En este sentido, desde esa supuesta locura, nos atrevemos a dejar de sentirnos culpables y buscar aún contra todo pronóstico, las maneras de sanarnos en lo físico, emocional y moral.

3.1.2 Raíces invisibles: tejiendo la sanación en colectivo

Ha pasado largo tiempo desde que recibí el diagnóstico y el tratamiento. Este, al igual que cualquier otra enfermedad que amenaza nuestra salud, aunque sea detectado a tiempo es algo que no se olvida. Trastoca nuestras vidas, nos sabemos siempre en remisión lo que también forma parte del autocuidado. En mi caso, aunque pensaba que tenía muy asimilada la enfermedad y la había integrado de alguna manera, no era del todo cierto. Se necesita poner más empeño porque este es un proceso que requiere constancia. Seguí buscando respuestas a nuevas preguntas, parece que esto nunca termina. Lo que antes consideraba como sanar ya no era mi objetivo y empecé a notar cómo podía ayudar a otras mujeres desde un lugar que no solo implicaba la escucha, sino también espacios donde se pusiera el tema en la mesa y que yo misma me sentara a realmente aprender de esto que me había sucedido lejos de ser solo una vivencia personal.

En la actualidad busco integrarme a nuevos espacios que me permitan observar qué otras maneras hay para sostenernos como forma de autocuidado. En este sentido y como lo explican Tronto y Fisher citados Batthyány (2021) “definen al cuidado como todo aquello que hacemos para mantener, continuar y reparar nuestro mundo de manera en que podamos vivir en él tan bien como sea posible. Ese mundo incluye nuestros cuerpos, nuestro ser y nuestro ambiente. En resumen: todo lo que buscamos para entretejer una compleja red del

sostenimiento de la vida. Es una tarea trascendental” (Batthyány, 2021, p.62). Aunque, por otra parte, el trabajo de cuidado como lo explica Karina Batthyány (2021) se convierte en normativo y se expresa en doctrinas que categorizan lo masculino y lo femenino como por ejemplo “los hombres protegen, las mujeres consuelan; los hombres proveen el hogar, las mujeres lo cuidan” (p.19)

Y como es bien conocido, la mayoría de los casos, este trabajo recae sobre nosotras, ya que se nos ha asignado casi por completo la responsabilidad del cuidado, tanto el de otros como nosotras mismas, y es un asunto que requiere ser tratado con seriedad. Esto se extiende también a las infecciones de transmisión sexual sobre todo en el proceso de recuperación, y muchos más padecimientos que se relacionan con nuestro sistema reproductor, en las cuales se considera que es únicamente “cosas de mujeres” y que nosotras somos quienes debemos ocuparnos de ello.

Escribir sobre mí y acerca de otras ha resultado ser una experiencia reparadora y significativa; ya no siento la misma carga al respecto; de hecho, a veces hablo con naturalidad sobre el tema. Comparto las experiencias con otras mujeres sin temor, nombrándolo cada que puedo y en situaciones que considero seguras. Como siempre digo, no es sencillo, pero deshacerse del estigma que rodea a enfermedades que la sociedad tiende a despreciar por considerarlas “íntimas” o morales es un desafío. En un momento dado, descubrí formas que me eran completamente nuevas y que traían un matiz diferente, algo que nunca había experimentado.

Por casualidad, escuché sobre los círculos de mujeres sanadoras, estos entornos que me eran poco conocidos. En el pasado, asistí a terapia de grupo, pero nada se comparaba con esta nueva oportunidad que se presentaba y que, en ese momento, me llenaba de entusiasmo. última reunión que marcaba el cierre de un grupo de sanación de mujeres que colaboraron juntas durante más de un año. Este evento sería el cierre de todo su proceso y, al parecer, tendría la oportunidad de conocer a una de las interlocutoras de esta investigación, quien logró recuperarse después de recibir un diagnóstico de VPH. La única persona que conocía relacionada con estos métodos y que funge como una de las guías del grupo es Denni, mi compañera de danza, quien me habló sobre este tipo de sanación. Ella me dio una breve explicación acerca de su manera de trabajar; lo que consideraba relevante de esta labor es que se centraba en atender los aspectos emocionales y espirituales, a partir

de las memorias del cuerpo, esas que no se ven pero que se transmiten generación tras generación y que para algunas mujeres se manifiestan como padecimientos uterinos.

Aunque no se puede hacer un diagnóstico, en la mayoría de los casos, trabajan sobre la base del diagnóstico médico. Al principio, no se hizo mucho hincapié en cómo se realizaría, ni la ubicación del lugar donde se realizaría la sesión; todo se descubriría al llegar. Decidí confiar plenamente, con la intención de abrir nuevas posibilidades a esta investigación. Durante este encuentro, que se extendió por tres días y dos noches y se llevó a cabo en febrero de 2025, tuvimos la oportunidad de conversar sobre cómo se crean estos talleres y el impacto transformador en la vida de las mujeres, pero desde una perspectiva holística y espiritual. Esta sesión fue guiada por tres personas, Milagros, Shaira y Denni, estas dos últimas son quienes constantemente trabajaban de manera sincrónica y asincrónica con las participantes y gran parte de la ceremonia se enfocó en el final de su proceso.

Para mí era el inicio, se trataba de parirse a sí mismas, como el comienzo de una nueva vida, en donde se conectan con lo más profundo de su ser y de sus dolores, y a partir de la creación de una niña de tela pueden darse a luz a sí mismas. Desde el inicio fui honesta con respecto a la intención que me llevaba a realizar este intercambio entre el registro visual, la observación y mi participación a futuro dentro del siguiente grupo, que me proporcionaría nuevas herramientas que me permitieran conocer otras formas de sanación fuera de la medicina alópata y de la terapia “tradicional” o al menos como la conocía hasta ese momento. Para explicar cómo es que funcionan estos círculos de mujeres, cuál es su función y por qué estos se convierten en el sostén físico y emocional de algunas mujeres me acerqué a Yuritzin González, también compañera de danza y sostén importante durante el camino que recién emprendía.

Ella además de formar parte de esos círculos de mujeres, es terapeuta en tantra femenino y trabaja una a una con mujeres, Yuritzin menciona que su formación es científica tanto en la licenciatura como en la maestría, ella estudió química y su desarrollo profesional se dio en esa misma área, por lo que al principio tuvo una etapa que ella llama “de escepticismo”. Conocía la salud, solamente desde lo alópata y así era como se atendía en lo cotidiano porque fue educada de esa manera, es decir, cuando tenía un padecimiento, acudía al médico que la recetaba y ya. Sin embargo, el área donde laboraba, era un espacio que le causaba mucho estrés y que le generaba cargas que le eran imposibles de sostener, porque

como lo describe: el mundo organizacional es muy capitalista, las mujeres tienen que trabajar simulando ser varones y ser productivas todo el tiempo, dejando de lado los descansos y tratando de ocultar lo más posible, sus emociones, o por ejemplo si te encuentras en un puesto de mayor jerarquía y pareces sensible, dejas de ser una buena líder o jefa, entonces es difícil sostenernos desde ese lugar.

En la experiencia de esta terapeuta, al llegar a este momento, se cuestionó su propósito de vida, ahí comenzó su camino, tomando terapias de biodescodificación, durante este periodo conoció el tantra femenino y es la terapia que ahora ella comparte. Esta terapia proveniente de la India, busca equilibrar la energía femenina y masculina; se habla de que las mujeres naturalmente fluimos hacia la vida, somos ovulo, dadoras y creadoras de vida. Para esto, se requiere estar en calma y estar en presencia, habitar nos a nosotras mismas, soltar la culpa y crear a través del gozo y del disfrute. Esta terapia, la del tantra, también se hace de manera colectiva, porque las mujeres aprendemos y evolucionamos en tribu, incluso pudo aplicarlo a su trabajo cotidiano, porque en ese momento aún trabajaba en empresas, donde cambió la forma en que lideraba a su equipo de trabajo.

Posteriormente recibió el llamado de una guía del primer círculo de sanación al que acudió, descubrió que tenía también padecimientos en su útero llamado miomas, pero no presentaba ningún síntoma, llevó su tratamiento médico y a la par recibió la atención desde esta otra perspectiva, a partir de ese momento su vida cambió porque decidió después de capacitarse, dedicarse de lleno a compartir con otras mujeres a través de las terapias. Yuritzin asegura que el camino está en el corazón, porque este está conectado con el útero, somos intuitivas y esa es nuestra magia, tenemos una brújula interna que nos va guiando el camino, las respuestas ya están dentro de nosotras, pero dejamos de escucharnos, cuando se decide a atravesar por un proceso así, también se debe estar segura de hacerlo porque observas desde la incomodidad aquellas áreas que son una oportunidad de mejora.

Al atravesar un padecimiento como el VPH se activan muchos aspectos de nuestra vida, no solo se cura un malestar físico o se sana “cortando” un tejido, la enfermedad deja cicatrices que nos recuerdan que allí ocurrió algo importante, nos abre una grieta que nos permite acudir a nuestros sentires, no es cómodo, no es sencillo y no todas tenemos el acceso para hacerlo, pero aquí se muestra que hay más formas de atravesarlo, de sostenernos más allá de solo recibir atención médica, nos da oportunidad de atender los pendientes y liberar los

dolores emocionales. Muchas de las mujeres que atraviesan por padecimientos uterinos buscan durante o después de sus tratamientos médicos sanaciones profundas que poco tienen que ver con el dolor físico, la enfermedad deja una fisura para observar desde otro lugar porque cierto es que nada vuelve a ser lo mismo.

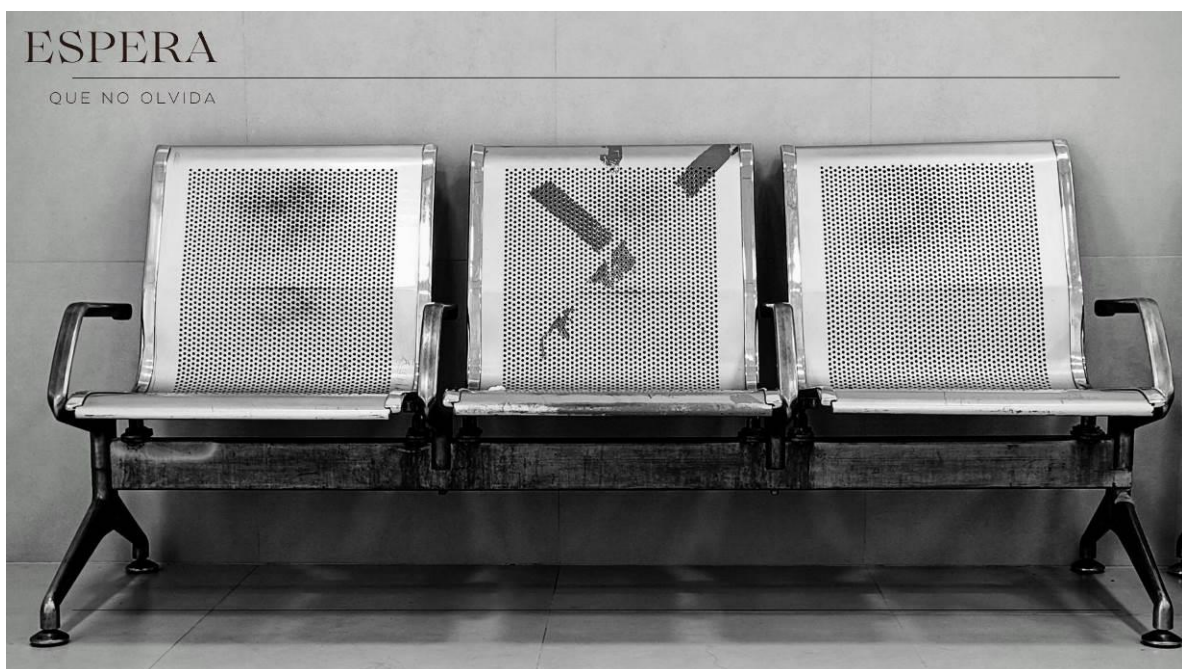
3.2 Espera que no olvida

Esta investigación también se realizó a través de imágenes ya que me interesó articular mi profesión como fotógrafa. Durante las entrevistas con las mujeres participantes, hablamos sobre la importancia de transmitir ese sentir desde el lenguaje visual, que permita a las y los lectores observar el impacto que el diagnóstico y el tratamiento deja en cada uno de los cuerpos. Con esto me refiero a que estamos integradas de múltiples maneras, ya que no somos solo un cuerpo físico, se requiere de una comprensión mayor, relacionado a aquellos aspectos socioculturales, es decir, como influye el entorno y en nuestra construcción como personas.

Los aspectos socioculturales tienen un impacto significativo en nuestros padecimientos, debido a la relación del VPH con una enfermedad de transmisión sexual, ya que esta última, tiene una fuerte carga de culpa, estigma, provoca sentirse juzgadas o señaladas por lo que les ha pasado. Estas condiciones llevan a que la responsabilidad del contagio recaiga en las mujeres, relacionándolo con la promiscuidad, ocultando las prácticas sexuales de aquellos que son portadores.

En este dossier se busca sensibilizar y empatizar a partir de la mirada y experiencia compartida, la cual representa también un espacio de autocuidado, para el cual se conjugan quince fotografías que tomé de las mujeres y mi autorretrato, junto con las imágenes de los expedientes médicos de algunas de las participantes, este trabajo fotográfico fue realizado durante el periodo que comprende este posgrado, con una revisión y curaduría realizada por el documentalista y fotógrafo David Steck para integrarlo como propuesta de intervención. Además, se busca observar desde dentro y fuera de nuestros cuerpos el impacto de la enfermedad. Para nosotras observar el procedimiento que se nos realiza es de suma importancia; es vernos desde dentro, una sensación que si bien, es compleja de explicar, resulta vital. En esta propuesta no se habla únicamente del dolor físico, se aborda la huella emocional que produce la enfermedad y su carga social, lo que trastoca la vida de las

mujeres que transitan por la experiencia del VPH. El dossier es una vía para plasmar una representación visual de la emoción situada en alguna parte del cuerpo, lo que se complementa con los relatos que acompañan a cada fotografía, que, al mirarlas, podamos también mirarnos y sentirnos de alguna manera en la piel de quienes aquí participan.



¿Cuándo cerrará la herida y seremos las de antes?

Pústula, traumas y clepsidra.

Superar, sanar, perdonar,

trinidad maldita

Sin memoria, ni rabia, ni venganza: víctima resiliente pal' encargo.

Aquí gritamos, lloramos y aventamos.

Aitza Calixto

Este conjunto de imágenes, es un ejercicio visual, en donde se representan las experiencias de las interlocutoras que forman parte de esta investigación y otras más que se fueron sumando. Hemos encontrado otra manera de describir nuestras emociones con otro lenguaje, uno que nos permite hacernos presentes desde nuestra memoria, la que no intenta olvidar lo que ha pasado, por el contrario, crea un espacio para nombrar lo que hemos vivido desde nuestro propio cuerpo.

Es una propuesta que traduce en imágenes las emociones, esas que se forman como marca sensorial, y que, durante nuestro camino con el VPH, también se gestaban en nuestro interior. Estas sensaciones no son perceptibles a simple vista. No se habla de ello en los consultorios, pero están presentes en nuestra vida diaria, causando otros dolores, que no necesariamente se encuentran en nuestros úteros.

Además, se incluyen también algunos documentos de los expedientes médicos que nos permiten ser visibles o como diría Argelia Bravo, arte evidencia para mostrar lo que muchos prefieren no ver. Lejos de ser únicamente un número, nos reconocemos como historias vivas, narramos aquí desde nuestra propia voz no un evento aislado sino la consecuencia de una enfermedad que la gran mayoría de las personas tendrá algún momento de su vida pero que solo algunas de nosotras la desarrollaremos.

El llanto era un lavado del alma, podía
caminar o andar por bicicleta mientras las
lágrimas rodaban sin saber qué hacer o a
quién decírselo.



VPH Genotipo de alto riesgo.

VPH GENOTIPO 16	Negativo	[Negativo]
VPH GENOTIPO 18	Negativo	[Negativo]
VPH POOL DE GENOTIPOS DE ALTO RIESGO	Positivo *	[Negativo]

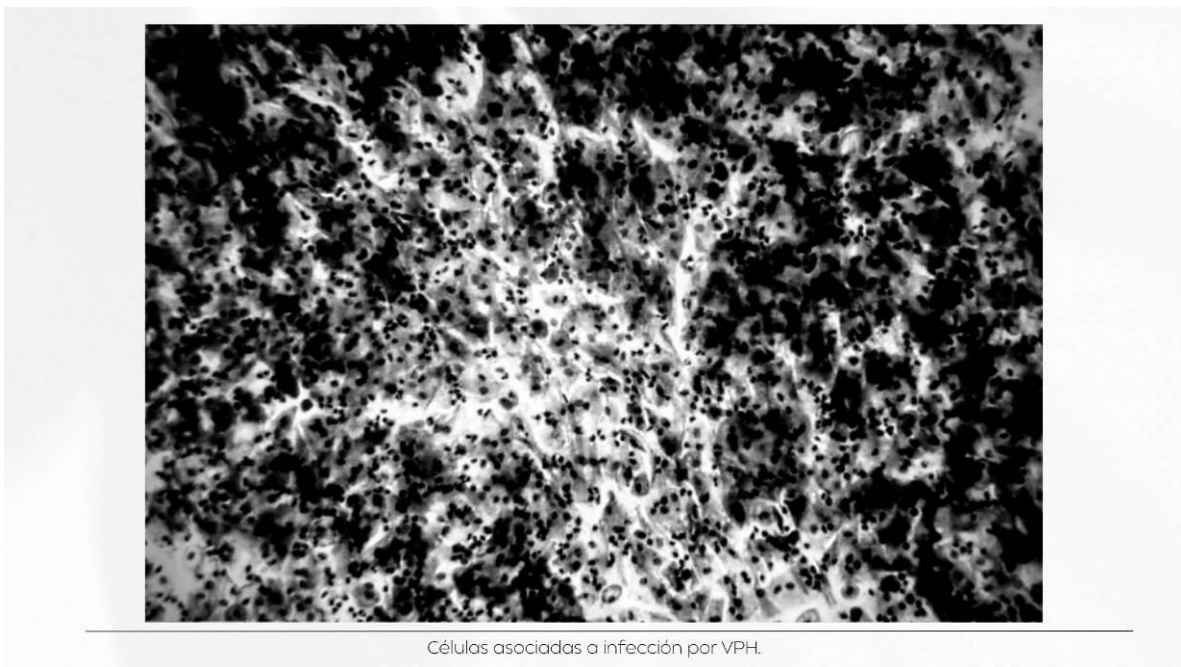
El Pool de Genotipos de Alto riesgo incluye la detección de doce genotipos de VPH de alto riesgo (31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 66 y 68).

Nota: Actualmente existen más de 200 genotipos del virus de papiloma humano de los cuales sólo 14 se consideran de alto riesgo por su capacidad oncogénica. El ensayo cobas HPV es una prueba cualitativa de PCR en tiempo real capaz de detectar los 14 genotipos de HPV de alto riesgo.

No todos los tipos de VPH son de alto riesgo, si bien, algunos son considerados como precursores del cáncer cervicouterino, esta una enfermedad como cualquier otra, prevenible y que debe atenderse en esa misma dimensión.



Las plantas me recuerdan que soy parte de una creación perfecta, desde nuestras raíces, en círculo y en red, también sanamos





Las lágrimas que se formaban eran similares a un cristal a punto de romperse, apenas podían sostenerse.



Sentí que dejaba de ser tierra fértil, creí que sería incapaz de poder dar vida. Estaba equivocada, me volví a parir a mí misma.

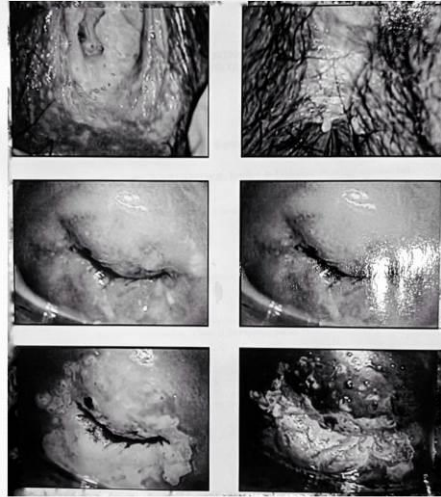


También en el silencio podía sentir la complicidad con otras.

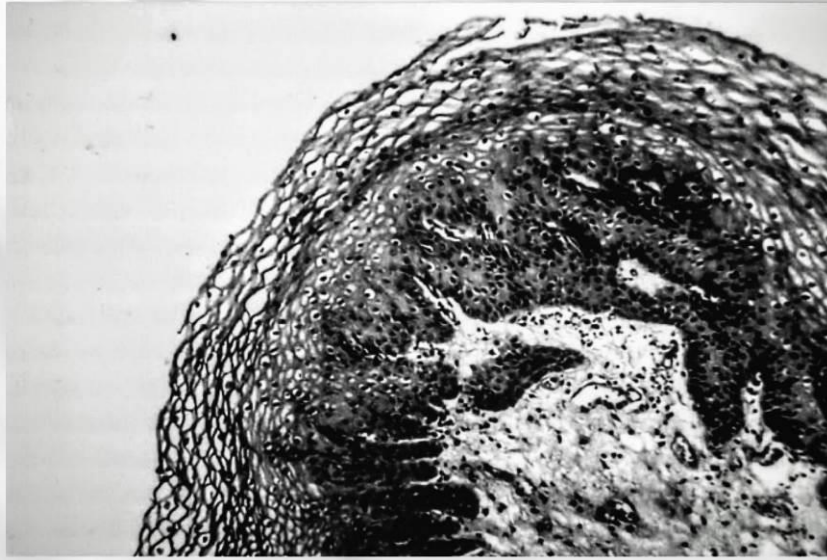


Me sentía pequeña, como si me hundiera en un charco de agua cristalina sin fondo. No duele, solo sientes que el tiempo pasa y te hundes más.

EL CUELLO DEL ÚTERO,
DESPUÉS DEL
TRATAMIENTO LLAMADO
ELECTROCAUTERIZACIÓN.



Me sentía angustiada, a veces manifestaba en los sueños, soñaba que quería regresar con mi pareja, que tenía otro hijo
y que otra vez me contagiaba



Al fin pude verme, descubrir quien soy por dentro.

MÁS DEL 80% DE LA POBLACIÓN ESTARÁ
CONTAGIADA DE VPH EN ALGÚN MOMENTO DE SU
VIDA, EN ALGUNOS CASOS EL VIRUS ES ELIMINADO
POR EL MISMO CUERPO, EN OTROS, EL VIRUS SE
DESARROLLA.



Quisiera expresar mi agradecimiento a todas las mujeres que formaron parte de este dossier. A aquellas que aparecieron sin haber sido buscadas, como fruto de la casualidad; a cada una de nosotras que unimos nuestras imágenes y voces para fortalecernos y ayudar a las que vendrán. A las que están descubriendo cómo ser suelo fértil después de la devastación.

Conclusiones:

Este capítulo muestra cómo, al enfrentar mi diagnóstico de VPH, entendí que la sanación se apoya en la memoria, el cuerpo y las alianzas colectivas. Me di cuenta que la recuperación no se limita a un proceso médico. A raíz de mi experiencia, tras recibir el diagnóstico y pasar por un procedimiento que relacioné con la investigación, y las vivencias de otras mujeres, pude reflexionar sobre el camino de sanación que he recorrido tanto en terapia Gestalt como en la terapia Humanista. Aprendí la importancia de crear redes que nos ayuden a afrontar una enfermedad como el VPH de maneras diferentes a las que comúnmente se establece. Comprendí que vivir con una condición de salud no nos define como individuos. Además, a través de la colectivización de experiencias y la oportunidad de ser parte de este posgrado, puedo hacer visible desde una perspectiva diferente, un tema que suele verse desde un enfoque médico. Esta tesis ofrece nuevas visiones más allá del análisis cuantitativo y que se amplie las posibilidades de la investigación cualitativa.

Este capítulo examina el efecto sociocultural del estigma y la culpa como emoción moral, cómo se repiten y afectan al proceso de sanación, siendo una carga impuesta sobre quienes contraen una ITS, lo que también influye en la experiencia de las mujeres en el tránsito de la enfermedad. En este contexto, al pensar en la creación y participación de redes de apoyo, como los círculos de mujeres, abre una oportunidad para nosotras de tratar no solo la enfermedad, sino también de explorar otras facetas de la vida que se ven afectadas tras un diagnóstico. Esto fomenta la reflexión mediante la escucha, incrementa las posibilidades de acción al compartir vivencias diferentes y genera un entorno de apoyo, es decir, de construcción de autocuidado.

Sin embargo, en la mayoría de los testimonios que se suman en esta investigación y en otros más que no aparecen, el hecho de haber tenido la oportunidad de tener una contención en las distintas enfoques terapéuticos y al compartirlo con otras mujeres la carga emocional y de culpa se aminora, lo que les permite observar su entorno y relacionarse con el padecimiento desde un lugar mucho más objetivo, haciendo una crítica al señalamiento que la sociedad patriarcal impone sobre ellas al contagiarse de una infección de transmisión sexual. Finalmente, se lleva a cabo una propuesta de intervención desde el lenguaje visual, que representa un espacio de autocuidado, desde el cual se abren otras formas de dialogo

con quienes nos leen. Este ejercicio, si bien se enfocó en las vivencias, se enriquece con imágenes en las que las mujeres están presentes desde su propia representación visual como una vía para expresar a través de diferentes sensibilidades las luchas que cada una enfrentan.

Conclusiones:

Electrocauterización. El amor existe.
Una tiene, a veces, que dejarse ir. Estoy viva,
repito al borde de la camilla, estoy viva, estoy viva.
Siento fuego. Esto me recorre, la corriente, me recuerda, estoy viva.
Ana Clara Muro

Esta investigación ha ofrecido la oportunidad de observar, a través de las historias de tres mujeres y mi relato, el desarrollo de una condición médica que, si bien es prevenible, se complejiza por múltiples razones. Podemos notar cómo el silencio influye en cada una de las narrativas, ese mismo silencio que sitúa a al padecimiento por VPH como la antesala del cáncer cervicouterino. A través de los testimonios, podemos conocer, desde las voces de cada una de las interlocutoras, cuáles son las sensaciones, los sentimientos, las dificultades y el proceso que cada una enfrentó en sus propios contextos para buscar sanar sus cuerpos desde el autocuidado.

Así mismo, estas experiencias fueron las bases para la construcción de este texto, indagar sobre las alternativas que existen fuera de la medicina alópata y a los que las mujeres, estas mujeres, en particular, acudieron después de recibir su diagnóstico y durante el proceso del tratamiento. El análisis histórico indica que las enfermedades relacionadas con la sexualidad también necesitan ser investigadas y enmarcadas dentro de un enfoque antropológico y no solo desde la perspectiva biomédica. Una enfermedad como el VPH requiere de un andamiaje teórico que permita examinar cómo las historias que en un principio pueden verse como personales e individuales, se integran a una perspectiva sociocultural.

Por esta razón, me propuse investigar cómo influye el correlato género-sexualidad no solo en cada uno de los testimonios sino en las conexiones que emergen de las historias de todas nosotras. Observamos que cada historia tiene importancia, ya que, por medio de estas narraciones notamos como se siguen manteniendo las desigualdades de género que son comunes en la sociedad, también llamadas estratificaciones de género, entendidas como “las prácticas discriminatorias contra las mujeres [las cuales] son muy frecuentes en

diversas culturas, el grado de dominación y su intensidad varía dependiendo de la sociedad y los tiempos” (Martín, 2008, p. 51). Por lo tanto, la sexualidad se examina desde una perspectiva social que la regula, siendo especialmente reprimida en las sociedades occidentales.

No obstante, es necesario observar esta enfermedad como una infección similar a cualquier otra, ya que “La sexualidad es tan producto humano como lo son las dietas, los medios de transporte, los sistemas de etiqueta, las formas de trabajo, las diversiones, los procesos de producción y las formas de opresión” (Rubin, G, 1989, p. 23). Así, al considerar al VPH como una producción humana, podemos visibilizar el estigma que pesa dentro de la sociedad con connotaciones negativas. En esta investigación se abordaron los estigmas que surgen de estas connotaciones sociales y que alteran el proceso completo, desde cómo se socializa la enfermedad en su entorno más cercano, ya sea la familia, pareja, los hijos o, en algunas ocasiones, con otras mujeres, hasta las redes de apoyo que pueden fortalecerse o debilitarse a lo largo del camino.

Por esto, es fundamental reflexionar sobre las preguntas que ellas mismas se hacían, cómo habitan sus cuerpos, qué nuevas experiencias surgen, y qué dolores provoca la enfermedad fuera de los que se espera que aparezcan en un estudio médico. Hay pensamientos que invaden todo el tiempo, preguntas que no podían responderse de inmediato o que parecían no tener una respuesta definitiva. Estos cuestionamientos tienen raíces profundas, no surgen de la nada, se imponen debido a los estereotipos de género, a las “construcciones sociales que forman parte del mundo de lo simbólico y constituyen una de las armas más eficaces contra la equiparación de las personas” (Martín, 2008, p. 52).

De aquí que se planteó desde un inicio que la metodología que se implementaría sería la feminista, porque contempla desde un primer momento las vivencias de las mujeres como eje principal de construcción de conocimiento. Y es a través de sus narrativas y de la autoetnografía, que en esta tesis se articula un análisis más profundo acerca de la dimensión sociocultural que involucra a las enfermedades de transmisión sexual. La autoetnografía permitió crear a través de mi propia vivencia, un hilo conductor que va más allá de lo autoreferencial, hablar desde lo propio puede ser únicamente el detonante de un problema con características socioculturales y con raíces profundas de una problemática que como se

ha mostrado a través de las categorías de análisis, atraviesan nuestra sociedad, pero se silencian al enmarcarse dentro de la sexualidad.

La autoetnografía se convirtió en proceso y producto a la vez, no buscaba distanciarme y objetivar a las mujeres, como la sociedad patriarcal nos ha dicho que debe ser, sino verlas como sujetas con capacidad de agencia y que también tomaron decisiones de lo que quisieron compartir. En este sentido, busqué acercarme y dejarme afectar, como recuperan Zapata y Genovesi (2013) en Favret-Saada, entendí cómo podía transitar también desde los afectos a las posibilidades para generar mi propia investigación, que no se planteara de forma neutral, de esta manera, tuve descubrimientos que podían sumar a entender desde la cercanía a esta enfermedad. Desde aquí, mantuve un rumbo guiado por los objetivos que se plantearon al inicio de este programa de posgrado y que orientaron el proceso completo.

No obstante, es necesario mencionar que en ocasiones mi afectividad se veía afectada, no podía solo observarles desde la lejanía porque yo misma sabía cómo se sentía haber sido “quemada” como se dice coloquialmente cuando se hace un tratamiento por electrocauterización. En términos de Aitza Calixto (2024) son la nosotredades, las que nos permiten entender y analizar cuáles son esas trayectorias de afectos que se tejen y que me implicaban, y las relaciones que se construyen; sabía que al integrarme al posgrado se harían manifiestas, de alguna manera estaba consciente de lo que podía generarme, pero nunca se dimensiona del todo cual transformador puede ser. Quisiera decir que fue sencillo, pero entender como lo describe Aitza Calixto que:

[...]el pulso autoetnográfico puede convertirse en un eje transversal, en una brújula para los cuidados y para la ética de la investigación [...] lo que implica preguntarnos en latido ¿cómo estoy?, ¿cómo están?, ¿cómo estamos?, ¿qué necesito?, ¿qué necesitamos? Este pulso puede orientarnos durante los procesos completos de indagación: en el diseño de una investigación, en el trabajo de campo, en el análisis, en la escritura (Calixto, 2024, p.5).

Había que sentirlo una vez más, y a través de ellas volver a recorrer caminos que a veces parecen concluidos pero que me daba cuenta que no era así, puedo decir que ver de frente al VPH y hablar de lo ocurrido no era fácil de inicio, pero que esta búsqueda aspiró a que otras puedan nombrar sin ningún titubeo.

Hubo días de calma y otras de incertidumbre porque no sabía si continuar o no, pero hay esperanza en cada palabra vertida. No para mí, sino para las que aquí están en esencia, para las que vienen y para las que por alguna razón enterraron la experiencia. Esta tesis se escribió con mucha lágrima, pero esta vez no estaba sola, estaban ellas que desde el momento en que solo era una idea, brindaron sus testimonios, incluso antes de saber del posgrado; y aún a la distancia, podía sentir como la emoción se gestaba en mí por saberles sanas, por poderles abrazar en los coloquios, cuando alguien se levantaba con el micrófono y podían decir: a mí, a mi madre, a mi amiga le ocurrió.

Este documento se escribe para las mujeres que tuvieron los tipos 16 y 18 del virus, que es el precursor del cáncer cervicouterino. Si encuentro motivos para narrarme es para que otras se permitan no sentirse solas, para que la culpa cambie de lugar y para que los roles y estereotipos dejen de ocultar al varón que contagia y para señalar la violencia moral (Segato, 2003) de la que somos víctimas en las instituciones médicas y en la sociedad. Para ganar un pedacito de dignidad. Saber que no nos pasa por putas o por verdaderamente locas como describe Lagarde (2005) cuando una mujer se ha salido de la norma, esos son, como ella lo nombra, los cautiverios de las mujeres.

En este sentido, escribirlo fue liberador, desde este lugar de enunciación, en el que se da la formalidad, la seriedad también requiere hablar del virus con libertad, este es un asomo de lo amplio que es el tema. Aquí buscamos hablar de la experiencia de cuatro mujeres, pero hay miles de todas las edades esperando a ser atendidas, algunas que serán diagnosticadas y otras más en las que perderán la batalla porque el silencio les ganó en tiempo. Por ello me parece fundamental que las investigaciones que abordan temas referentes a la sexualidad y en el caso particular del VPH, sigan existiendo y difundiéndose. Así mismo, mostrar que las narraciones que se escriben y las que no aparecen, porque fueron reveladas más tarde, en conjunto nos brindaron la oportunidad de analizar como las prácticas de cuidado y los afectos no constituyen experiencias únicas e individuales, sino colectivas.

De esta forma, estas experiencias pueden ser entendidas y enmarcarse dentro de un contexto más amplio que nos ayuda a ver cómo están construidas por relaciones de género. Las historias que aquí se han mostrado, evidencian las tensiones que constantemente se repiten, y que afectan a cada una de ellas. Las mujeres, desde su propia perspectiva, nos

brindan la oportunidad de reflexionar sobre cómo los afectos, los cuidados, la violencia y la desigualdad, nos impactan y también organizan la vida cotidiana.

En un inicio, no había una necesidad propia de acompañar o sostener a otras mujeres. Al principio, como ocurre en algunas investigaciones, se les consideraba como informantes, los encuentros afectivos se convirtieron poco a poco en un acto significativo debido a la manera en que se desarrollaron. Gradualmente, empecé a involucrarme en situaciones que no solo incluían una entrevista, sino que también implicaban acompañar el proceso, ya fuera mediante una llamada, un mensaje que diera seguimiento al tratamiento médico o hasta en sus nuevos descubrimientos personales. En algunas ocasiones, el virus regresaba para ciertas personas, mientras en otros momentos había un sentimiento de estar limpias como se dice coloquialmente entre quienes han recibido un diagnóstico.

Busqué la oportunidad de viajar para encontrarme con algunas de ellas y sumarlas dentro del dossier, considerando la caracterización que se realizó o la etapa en la que nos encontrábamos dentro de la tesis. De igual manera, al participar en foros o coloquios de investigación, conocí a más mujeres que también compartieron sus historias, si bien no aparecen en la tesis o en el trabajo visual, me permitieron observar como las categorías de análisis se repetían constantemente en las narraciones. Encontré que las formas de sostenerse frente a los padecimientos de útero son diversas, algunos de los cuales eran desconocidos para mí.

Pude notar, escuchar y descubrir como algunas enfermedades se transmiten de generación en generación. Sin embargo, las mujeres con toda su fuerza, buscan curarse y evitar repetir esas experiencias. Esto tiene un gran valor, ya que optan por otro tipo de medicina, se atienden en terapia, buscan círculos de mujeres, o eligen tratamientos alternativos. Buscan romper con los roles de género que las estigmatizan y cuestionan las conductas que deben asumir frente a la vida, que han sido impuestas y que también atraviesa a las ITS. Entonces el diagnóstico se convierte en un motor importante y un punto de quiebre en sus vidas, de resiliencia frente a las complicaciones que afrontaban.

Como el caso de Innana, a quien su abuela y su madre tuvieron padecimientos de útero y que, en la búsqueda de hacer una diferencia en su historia familiar, se resistió a perder la matriz buscando también que la herencia a su hija sea distinta, que cambie el discurso hacia el autocuidado, en ese sentido, también trabajó con terapia de constelaciones familiares y

acude cada tanto al ginecólogo para revisar constantemente que el virus no esté de vuelta siempre en compañía de su hija, o en el caso de Kupuri, quien confió plenamente en los círculos de mujeres sanadoras, considera que fue a través de ellos que su vida se modificó por completo y le dio la oportunidad de volver a maternar. De esta manera el autocuidado se convierte en una práctica de resignificación frente a la vivencia inicial del diagnóstico, ya que romper el silencio fractura del silencio que permea a esta enfermedad es clave en el proceso de reconstrucción y de resignificación del diagnóstico.

Así, los hallazgos significativos de esta investigación como se mencionó antes, no agotan el tema, sino que se convierten en un punto de partida para la indagación de nuevas dimensiones de esta problemática; podemos considerar por ejemplo las experiencias diferenciadas de la enfermedad y que se puede indagar por ejemplo a través de nuevos grupos de edad, la clase, y el contexto social.

REFERENCIAS

- Amorós, C. (1995). *10 palabras clave sobre mujer: Género*. Editorial Verbo Divino.
- Avilés, C. (2025, 12 de abril). *La memoria*. Enpoli. <https://www.enpoli.com.mx/obras-literarias/la-memoria-ensayo/>
- Bartra, E. (2010). Acerca de la investigación y la metodología feminista. En N. Blazquez Graf, F. Flores Palacios, & M. Ríos Everardo (Eds.), *Investigación feminista, epistemología, metodología y representaciones sociales* (pp. 67–78). Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Ciencias y Humanidades; Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias; Facultad de Psicología, UNAM.
- Baththyány, K. (2021). *Políticas del cuidado*. CLACSO; Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Cuajimalpa.
- Bénard Calva, S. M. (Ed.). (2019). *Autoetnografía: Una metodología cualitativa*. Universidad Autónoma de Aguascalientes; El Colegio de San Luis.
- Calixto Rojas, A. M. (Coord.). (2024). *Investigación y diálogo para la autogestión social*. Idas Oaxaca.
- Castañeda, M. P. (2010). Etnografía feminista. En N. Blazquez Graf, F. Flores Palacios, & M. Ríos Everardo (Eds.), *Investigación feminista, epistemología, metodología y representaciones sociales* (pp. 217–238). Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Ciencias y Humanidades; Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias; Facultad de Psicología, UNAM. https://biblioteca.clacso.edu.ar/Mexico/ceiich-unam/20170428032751/pdf_1307.pdf
- Cvetkovich, A. (2018). *Un archivo de sentimientos: Trauma, sexualidad y culturas públicas lesbianas* (J. Sáez del Álamo, Trad.). Edicions Bellaterra.
- De Lauretis, T. (1989). La tecnología del género (A. M. Bach & M. Roulet, Trads.). En *Technologies of gender: Essays on theory, film and fiction* (pp. 1–30). Macmillan Press.
- Entre Redes. (2024, 7 de marzo). *El VPH ¿nos persigue?* [Video]. YouTube. https://www.youtube.com/watch?v=-9Zb5CmW8_M

- González, P. (2021). *El activismo de Argelia Bravo: Lo que no queremos ver*. Cinco8. <https://www.cinco8.com/perspectivas/el-activismo-de-argelia-bravo-documenta-lo-que-no-queremos-ver/>
- Hansberg, O. E. (1996). De las emociones morales. *Revista de Filosofía*, 16, 151–170. <https://revistas.ucm.es/index.php/RESF/article/view/RESF9696220151A>
- Lagarde, M. (2005). *Los cautiverios de las mujeres: Madresposas, monjas, putas, presas y locas*. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Lamas, M. (2013). *El género: La construcción cultural de la diferencia sexual*. Editorial Porrúa.
- Martín, A. (2008). *Antropología del género: Culturas, mitos y estereotipos sexuales*. Ediciones Cátedra; Instituto de la Mujer.
- Moore, H. (2009). *Antropología y feminismo*. Ediciones Cátedra; Universidad de Valencia.
- Organización Panamericana de la Salud. (2008). *Estrategia y plan de acción regional para la prevención y el control del cáncer cervicouterino en América Latina y el Caribe*. <https://www.paho.org/es/documentos/estrategia-plan-accion-regional-para-prevencion-control-cancer-cervicouterino-america>
- Pons, A., & Guerrero, S. (Coords.). (2018). *Afecto, cuerpo e identidad: Reflexiones encarnadas en la investigación feminista*. Instituto de Investigaciones Jurídicas, UNAM. <https://biblio.juridicas.unam.mx/bjv/detalle-libro/5500-afecto-cuerpo-e-identidad-reflexiones-encarnadas-en-la-investigacion-feminista>
- Rubin, G. (1975). El tráfico de mujeres: Notas sobre la economía política del sexo. *Nueva Antropología*, 8(30), 95–145.
- Rubin, G. (1989). *Reflexionando sobre el sexo: Notas para una teoría radical de la sexualidad*. Biblioteca Virtual Omegalfa.
- Segato, R. L. (2003). *Las estructuras elementales de la violencia: Ensayos sobre género entre la antropología, el psicoanálisis y los derechos humanos*. Universidad Nacional de Quilmes.
- Vance, C. S. (1997). La antropología redescubre la sexualidad: Un comentario teórico. *Estudios Demográficos y Urbanos*, 12(1), 101–128. <https://doi.org/10.24201/edu.v12i1.989>
- Zapata, L., & Genovesi, M. (2013). Jeanne Favret-Saada: “Ser afectado” como medio de conocimiento en el trabajo de campo antropológico. *Avá*, 23.

https://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-16942013000200002