

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE QUERÉTARO

FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES

“INFLUENCIA DE LAS RELACIONES DE PODER ENTRE HOMBRES
Y MUJERES EN LA INCIDENCIA DE CÁNCER CÉRVICO UTERINO”

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN SOCIOLOGÍA

PRESENTAN

ANGÉLICA ARELLANO CERVANTES
JUAN PÉREZ SALINAS

DIRIGIDO POR

Mtra. PATRICIA PALACIOS DE WESTENDARP

SANTIAGO DE QUERÉTARO, QRO., MARZO DE 2009

BIBLIOTECA CENTRAL
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE QUERÉTARO

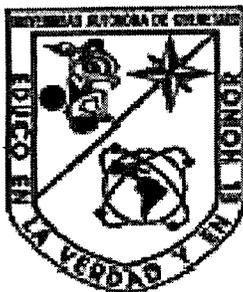
No. Ada H72856

No. Título _____

Clas. JS _____

614.5999465

A679:



Universidad Autónoma de Querétaro
Facultad de Ciencias Políticas y Sociales

“Influencia de las relaciones de poder entre hombres y mujeres en la incidencia de Cáncer Cérvico Uterino”.

TESIS

Que para obtener el título de Licenciado en Sociología
Presentan:

Angélica Arellano Cervantes Juan Pérez Salinas

Dirigido por: Mtra. Patricia Palacios de Westendarp

SINODALES:

Nombre	Firma
Mtra. Patricia Palacios de Westendarp Presidenta	_____
Dr. Alfonso Serna Jiménez Secretario	_____
Dra. Sulima García Falcón Vocal	_____
Mtra. Oliva Solís Hernández Suplente	_____
Mtra. Blanca Isela Gómez Jiménez Suplente	_____
_____	_____
Dra. Ma. de los Ángeles Guzmán Molina Directora de la Facultad de Ciencias Políticas y Sociales	Lic. Antonio Flores González Coordinador de la Licenciatura en Sociología

INDICE.

Índice de cuadros

Índice de gráficas

Índice de mapas

Índice de figuras

Introducción

Capítulo I. Antecedentes: La perspectiva médica y sociocultural.

1. La perspectiva médica.
 - 1.1 Enfermedades secretas
 - 1.2 Virus del Papiloma Humano (VPH)
 - 1.3 Consecuencia biológica del VPH:
Producción del Cáncer Cérvico Uterino
 - 1.4. Aportaciones y limitaciones del enfoque médico

2. La perspectiva sociocultural.
 - 2.1 Una primera aproximación
 - 2.2 El contexto rural
 - 2.3 El contexto urbano
 - 2.4 Aportaciones y limitaciones del enfoque sociocultural

Capítulo II. Marco Conceptual

1. La distinción entre sexo y género
2. La sexualidad
3. El cuerpo y las relaciones de poder
4. Cuerpo y sexualidad en el hogar
5. Las ETS desde una perspectiva sociocultural.
Dimensiones involucradas
 - 5.1. La dimensión biológica
 - 5.2. La dimensión social
 - 5.3. La dimensión cultural

Capítulo III. Descripción de la muestra.

1. Universo de estudio
2. Distribución geográfica de las mujeres enfermas
 - 2.1. Mujeres oriundas de otros estados de la República Mexicana
 - 2.2. La enfermedad en once municipios del estado de Querétaro
 - 2.3. La mujer sanjuanense

Capítulo IV. Resultados y Recomendaciones.

1. Las características personales y los antecedentes familiares
2. Los significados del cuerpo y la sexualidad
3. La vida sexual
 - 3.1. Las primeras experiencias de las mujeres y el establecimiento de una relación conyugal
 - 3.2. Las vivencias sexuales subsecuentes
 - 3.3. Las vivencias sexuales de los hombres
 - 3.4. Los cuidados del cuerpo femenino
 - 3.5. El contacto de las mujeres con las instituciones médicas
4. La experiencia de la enfermedad
 - 4.1. Conocimiento y significado de las enfermedades de transmisión sexual
 - 4.2. El descubrimiento de la enfermedad
 - 4.3. Atendiendo el padecimiento
 - 4.4. La vida sexual durante la enfermedad
 - 4.5. Aspiraciones de una mejor vida sexual
5. Conclusiones y recomendaciones

Anexos

1. Guía de entrevista para las mujeres enfermas
2. Guía de entrevista para los esposos/ parejas de las mujeres enfermas

Bibliografía

Índice de cuadros.

- Cuadro 1. Tipología de las enfermedades de transmisión sexual
- Cuadro 2. Clasificación de los Virus del Papiloma Humano
- Cuadro 3. Factores de riesgo para el desarrollo de Cáncer Cérvico Uterino
- Cuadro 4. Mortalidad femenina por Cáncer Cérvico Uterino 1980-2005
- Cuadro 5. Dimensiones, categorías y variables involucradas en el surgimiento de Cáncer Cérvico Uterino
- Cuadro 6. Muestra total de casos diagnosticados y comprobados según región
- Cuadro 7. Grado de escolaridad según ocupación
- Cuadro 8. Tipo de lesión según el número de compañeros sexuales
- Cuadro 9. Grado de escolaridad según ocupación
- Cuadro 10. Edad de la primera relación sexual de acuerdo al número de compañeros sexuales
- Cuadro 11. Número de compañeros sexuales y tipo de lesión
- Cuadro 12. Localidades del municipio de San Juan del Río representativas de la enfermedad según su grado de marginación
- Cuadro 13. Grado de escolaridad según ocupación
- Cuadro 14. Edad de la primera relación sexual de acuerdo al número de compañeros sexuales
- Cuadro 15. Tipo de lesión según el número de compañeros sexuales
- Cuadro 16. Muestra de estudio y modelo asignado
- Cuadro 17. Comparación entre el conocimiento y cuidado de los órganos genitales de la mujer
- Cuadro 18. Comparación del número de compañeros sexuales de las mujeres de acuerdo al dato clínico y al dato empírico según el modelo al que pertenecen.

Índice de gráficas.

- Gráfica 1. Incidencia de las infecciones de transmisión sexual en el país, año 2000
- Gráfica 2. Frecuencia de casos en once municipios del estado de Querétaro

Índice de mapas.

- Mapa 1. Incidencia de la enfermedad según nivel de bienestar
- Mapa 2. Las regiones de la enfermedad.
- Mapa 3. Localidades representativas de la enfermedad y grado de marginación.

Índice de figuras.

Figura 1. Relación entre infecciones del aparato reproductor, infecciones de transmisión sexual y enfermedades de transmisión sexual.

Figura 2. Estadios de la enfermedad.

Figura 3. El significado de la sexualidad y el cuerpo de acuerdo a los modelos de mujer enferma.

Agradecimientos .

Gracias Juan – ito, por no bajarte del barquito, a pesar de la adversidad, soy muy afortunada en seguir remando aquí, juntitos.

Siempre estaré en deuda con mi *Mami* y el *Papo* por obsequiarme dos regalos maravillosos: la vida y mi educación; por su apoyo moral, emocional y económico mi más inmenso agradecimiento.

ANGELIK

El camino no fue fácil para poder llegar a redactar esto. Por ello, estoy infinitamente agradecido con mis padres por creer en mí y en lo que quiero, a mis hermanas y hermanos por apoyarme siempre. Y en especial a mi complemento contradictorio: Angélica por construir y compartir una muy buena historia juntos.

JUAN

Agradecemos a nuestra Alma Mater, por formarnos, por supuesto a la Facultad de Ciencias Políticas y Sociales por inculcarnos ese espíritu de conciencia social.

Muchas gracias Mtra. Paty por su amistad, por sus consejos, por su paciencia y por creer en nuestro proyecto.

Nuestra más profunda gratitud a todas aquéllas mujeres y hombres que aceptaron ser entrevistad@s pues sin ell@s el objetivo de ésta investigación no se habría cumplido.

Agradecemos también al Hospital General de San Juan del Río por brindarnos todas las facilidades para el desarrollo del trabajo, en particular al *Dr. León Sánchez Fernández*, quién muy amablemente nos abrió las puertas de su consultorio.

ANGELIK Y JUAN

A nuestra más bella obra...

RUY.

Introducción.

No deja de ser impactante el hecho de que en los países en vías de desarrollo la enfermedad y muerte de las mujeres estén íntimamente relacionadas con su sexualidad. La inmensa mayoría de los trastornos de salud y causas de mortalidad específicamente femeninas se pueden evitar, esto es, casi todas las enfermedades y muertes no ocurrirían en dichos países de haber condiciones satisfactorias de calidad de vida, atención a la salud y autonomía de las mujeres.

Los sujetos femeninos viven condiciones y situaciones de salud desfavorables por estar inmersas en una sociedad donde la reproducción, la sexualidad y en general la salud han estado dominadas por el saber médico hegemónico masculino.

En nuestro país, el Cáncer Cérvico Uterino (CaCu) es considerado la primera causa de muerte por tumor maligno en las mujeres mexicanas desde la década de los 70's¹. Datos de la Secretaría de Salud revelan que cada dos horas muere una mujer en nuestro país por padecer CaCu². De manera particular, en el estado de Querétaro, una mujer fallece cada semana por la enfermedad, lo absurdo de esta realidad es que todas esas muertes pudieron y pueden evitarse.

De ahí nuestra inquietud por comprender ¿cómo conocen las mujeres su sexualidad? ¿Qué ideas desarrollan en torno a ella? (lo sano, lo enfermo) ¿Qué vivencias tienen en torno a ella? ¿Qué hacen cuando tienen problemas de salud de tipo sexual? ¿Cuál es el papel de los hombres en la sexualidad femenina? ¿Cómo conocen los hombres su sexualidad?

¹ Fuente: Programa de Acción: Cáncer Cérvico Uterino 2001-2006, Secretaría de Salud.

² 12 mujeres mueren cada día, 380 al mes y 4600 cada año.

Influencia de las relaciones de poder entre hombres y mujeres en la incidencia de CaCu.

¿Qué ideas y vivencias tienen al respecto? ¿Qué saben de la sexualidad femenina? ¿Qué hacen cuando su pareja tiene problemas de salud de tipo sexual?

Como futuros científicos sociales, consideramos necesaria y urgente la intervención de la sociología como ciencia transdisciplinaria que puede proporcionar elementos claves para comprender y proponer mecanismos de acción contra dicho problema de salud pública, y es que más allá de estadísticas, números y demás, el Cáncer Cérvico Uterino representa, a la luz de la lectura social, conflictos, relaciones de poder, reproducciones de esquemas básicos de percepción, pensamiento y acción que están matando cada dos horas a una mujer en nuestro país.

De acuerdo con estas consideraciones y debido a que, el virus del papiloma humano es una causa importante del Cáncer Cérvico Uterino (CaCu) en las mujeres, decidimos analizar en un conjunto de diez mujeres queretanas, que padecen lesiones pre-cancerígenas y cancerígenas por el factor antes mencionado, cómo influyen las relaciones de poder que existen entre mujeres y hombres en la incidencia de estos padecimientos.

En este estudio, de carácter exploratorio y descriptivo consideramos, como universo de estudio, a las pacientes que acuden al área de displasias del Hospital General de San Juan del Río en Querétaro, ciudad que se distingue por la importancia de su industria en la entidad pero que, por su menor tamaño en comparación con la capital del estado, favoreció la investigación antes mencionada. Además, es un centro urbano que concentra una población heterogénea, en el aspecto cultural, con motivo de las inmigraciones.

En este contexto, nuestro principal objeto de estudio fueron las mujeres enfermas con algún tipo de lesión pre-cancerígena, sin embargo, con el propósito de analizar las relaciones intergeneracionales de poder, también

consideramos relevante abordar a los cónyuges de las mismas. Para ello seleccionamos, de manera intencional, un conjunto de cinco mujeres y sus respectivos cónyuges y otro conjunto de cinco mujeres sin cónyuge pero que, en algún momento de su vida, tuvieron o vivieron con una pareja. Todo esto con el propósito de entrevistarlos a profundidad. Sin embargo, como la mayoría de los hombres se negó a participar en la investigación o se había separado de las mujeres, seleccionamos entre otras enfermas que presentaron características similares a las de las mujeres previamente escogidas, otro grupo de hombres. Este último estuvo conformado por tres varones, quienes de veinte sujetos contactados, accedieron a ser entrevistados.

Para contar con las herramientas analíticas apropiadas para analizar nuestro problema de investigación, de carácter transdisciplinar, llevamos a cabo dos tipos de revisiones bibliográficas. La primera se concentró en los trabajos de tipo médico que abordaban este tema de estudio y, la segunda, en los estudios realizados por científicos sociales. De este esfuerzo derivó un marco conceptual que, desde la perspectiva de género, aborda las dimensiones biológicas, sociales y culturales de los trastornos provocados por el Cáncer Cérvico Uterino en las mujeres. De estos distintos aspectos, privilegiamos lo social, particularmente las relaciones de poder intergenérico.

A partir de estos planteamientos definimos nuestros objetivos, siendo el más general el comprender cómo influyen las relaciones intergenéricas de poder en la vida sexual de las mujeres y sus cónyuges, así como en la presencia de cáncer cervicouterino. De este propósito derivaron otros como: a) Determinar las concepciones femeninas acerca de su sexualidad y de la sexualidad de los hombres, b) Definir las concepciones masculinas sobre su sexualidad y la de las mujeres, c) Identificar las relaciones de poder intergenéricas a través de los conocimientos y prácticas sexuales de las mujeres y sus cónyuges, d) Determinar las concepciones de las mujeres y hombres entorno al Cáncer Cérvico Uterino, e) Identificar las prácticas desarrolladas para atender la

Influencia de las relaciones de poder entre hombres y mujeres en la incidencia de CaCu.

enfermedad, f) Definir si después de la experiencia de la enfermedad, se modifican las concepciones y prácticas sexuales y g) Determinar si la experiencia de la enfermedad altera los modelos de feminidad y masculinidad encontrados.

A partir de estos objetivos planteamos como hipótesis que, las mujeres enfermas con lesiones pre y cancerígenas, sostienen relaciones asimétricas con sus cónyuges, lo que las somete a prácticas sexuales en las que ellas aceptan la doble moral masculina y tienen poca capacidad para tomar decisiones en el terreno sexual. De este primer planteamiento derivamos otros, como la suposición de que las mujeres, en su posición subordinada, poseen pocos conocimientos sobre cuidados sexuales y tienden, por lo mismo, a descuidar su salud. En concordancia con estas ideas consideramos que, los cónyuges de las mujeres infectadas, son hombres promiscuos que satisfacen sus impulsos sin considerar las necesidades y salud de sus parejas. Por lo tanto, estos factores retardan la atención médica e inciden en la presencia de Cáncer Cérvico Uterino.

Para verificar estos planteamientos hipotéticos recurrimos a una metodología cualitativa por lo que, a través de entrevistas semi-estructuradas de tipo enfocado, analizamos una serie de variables biológicas, sociales y culturales que se relacionan con la presencia de Cáncer Cérvico Uterino. Para ello elaboramos dos guías temáticas de entrevistas, las cuales, en el caso de los varones fueron modificadas. En términos generales, las guías comprendieron cuatro grandes apartados en los que se reunió información general sobre la mujer y el cónyuge (características individuales y familiares); aspectos relacionados con la vida sexual, la salud y la experiencia de la enfermedad (dimensión biológica); las relaciones de pareja (dimensión social) y los significados del cuerpo y la sexualidad (dimensión cultural). Las entrevistas fueron realizadas de enero a mayo de 2007, en el hogar de las mujeres y varones, y tuvieron una duración promedio de tres horas.

Los resultados obtenidos los presentamos en cuatro apartados. En el primero detallamos las aportaciones de los estudios médicos como las definiciones de términos explicativos de la enfermedad así como de algunos de los factores que se asocian a la misma. Asimismo, profundizamos en las variables socioculturales que diversos científicos sociales encontraron en estudios realizados en contextos rurales y urbanos, dentro de las cuales, en una escala microsocia, sobresale el papel de dominio que ejerce el hombre en las relaciones intergenéricas, particularmente en las de índole sexual. Asimismo, la ignorancia en este ámbito de la vida íntima, aparece como una constante en mujeres y hombres.

En el segundo apartado desarrollamos, a partir de las aportaciones de los estudios médicos y socioculturales, nuestro marco conceptual. En él establecemos la diferencia entre sexo y género, y profundizamos en el concepto de sexualidad debido a que, el virus del papiloma humano, se relaciona de manera directa con el comportamiento sexual de mujeres y hombres. En este abordaje privilegiamos el enfoque del poder, a través del cual concebimos la sexualidad como relaciones de poder que se construyen cotidianamente en el espacio privado del hogar. Asimismo, destacamos las dimensiones (biológica, social y cultural) que comprende el tema de estudio y resaltamos algunas variables cuya inclusión consideramos relevante en las guías temáticas de las entrevistas. No obstante, privilegiamos los aspectos sociales relacionados con el poder.

El tercer capítulo describe el universo de estudio y, para ello, partimos del análisis de las características que presentan las mujeres con algún tipo de lesión pre-cancerígena en sus distintos grados, que provienen de otros estados de la república, de distintos municipios del estado de Querétaro o que son originarias de San Juan del Río. Esta revisión, que fue complementada con el estudio de la distribución geográfica de la enfermedad, nos permitió establecer

Influencia de las relaciones de poder entre hombres y mujeres en la incidencia de CaCu.

el perfil predominante de la mujer enferma sanjuanense, así como sus modalidades alternas. Esta distinción nos permitió definir los rasgos pertinentes para seleccionar y conformar la muestra de la investigación.

Finalmente, en el cuarto apartado, presentamos los resultados obtenidos en una muestra reducida conformada por diez mujeres sanjuanenses. De ellas describimos, en un primer apartado, sus características individuales y familiares. Posteriormente abordamos sus concepciones del cuerpo y la sexualidad así como características generales de su vida sexual y de la experiencia de la enfermedad. En estos puntos temáticos consideramos, también, la perspectiva masculina, lo cual nos permitió advertir la traducción de las asimetrías genéricas en el cuerpo y en las vivencias sexuales masculinas.

Esperamos que la lectura de este trabajo contribuya al conocimiento de los distintos factores que inciden en la presencia del Cáncer Cérvico Uterino y ayude, en este sentido, a la erradicación del mismo.

**Capítulo I. Antecedentes:
La perspectiva médica y sociocultural.**

Introducción.

Para comprender el impacto del Cáncer Cérvico Uterino (CaCu), es necesario considerar primero las características de esta enfermedad, así como de las dimensiones socioculturales que están involucradas. En este sentido, el presente capítulo esboza, en un primer apartado, las diferentes aportaciones que se han generado desde la perspectiva médica en lo referente a las enfermedades de transmisión sexual (ETS) y sus diferentes denominaciones. Es importante poner mucha atención en este primer apartado ya que las diferentes características que se mencionan en él, son de vital importancia para comprender cómo es que se genera y desarrolla el cáncer cervicouterino.

Asimismo, en un subinciso ponemos principal énfasis en una de las infecciones más importantes en la génesis del cáncer: el Virus del Papiloma Humano (VPH), ya que la infección está completamente relacionada con el comportamiento sexual de hombres y mujeres. Además, se hace referencia a la clasificación que existe del tipo de lesiones o capacidad oncogénica originadas por la infección del VPH. Posteriormente se hace alusión a algunas estadísticas mundiales, resaltando aquí que existen tipos de VPH específicos para algunos países y razas.

Posteriormente, nos proponemos señalar, apoyados en estudios médicos, que la consecuencia biológica del VPH es el Cáncer Cérvico Uterino y que éste es hoy en día, un problema de salud pública que día a día sigue cobrando víctimas femeninas en cualquier sociedad. Para comprender la magnitud del problema se reseñan algunas estadísticas mundiales, nacionales y estatales que tienen que ver con el grado de mortalidad y el grado de incidencia. Sin embargo es importante mencionar que, hoy en día, aún no se cuenta con datos claros que vislumbren la verdadera magnitud del problema. Esto se debe, en gran medida, a la falta de coordinación entre las diferentes instituciones de salud y los tres niveles de gobierno, de allí que en el último subinciso, señalamos las limitantes del enfoque médico en el abordaje de la enfermedad.

Influencia de las relaciones de poder entre hombres y mujeres en la incidencia de CaCu.

Para adentrarnos en las complejidades del proceso de la enfermedad, en el segundo apartado, hacemos referencia a algunas investigaciones, que, aunque no tratan el tema directamente, dan luz sobre las dimensiones socioculturales que permiten comprender el por qué de la ignorancia femenina sobre este aspecto trascendental de su salud. Hay que destacar que las investigaciones en México sobre esta temática todavía son escasas y por ende, nuestra recopilación incluye trabajos realizados a partir de la década de los noventa, sin embargo, no han perdido vigencia ni relevancia pues son contribuciones interesantes por el enfoque que adoptan y el tema que tratan.

En este sentido, primero se describen todas aquellas investigaciones realizadas en contextos rurales, acto seguido se desglosan trabajos donde el universo de estudio se seleccionó en el sector urbano, esto con la finalidad de entrever diferencias según el contexto. Una vez contrastados ambos panoramas, se resaltan las limitantes del enfoque sociocultural en el estudio de este tema. A partir de esta revisión elaboramos el marco conceptual que consideramos pertinente para nuestro estudio.

1. La perspectiva médica.

1.1. Enfermedades secretas

Aunque el término Enfermedad de Transmisión Sexual (ETS), engloba desde la perspectiva de cada especialista diversas afecciones, la mayoría de ellos aporta una definición similar a la propuesta por Paella y Murphy la cual menciona que las enfermedades transmitidas por contacto sexual abarcan prácticamente a todo patógeno transmisible por la interrelación entre seres humanos durante la actividad sexual íntima, que comprende enfermedades producidas por bacterias, hongos, ectoparásitos, protozoarios y virus (Paella y Murphy, 1999:228).

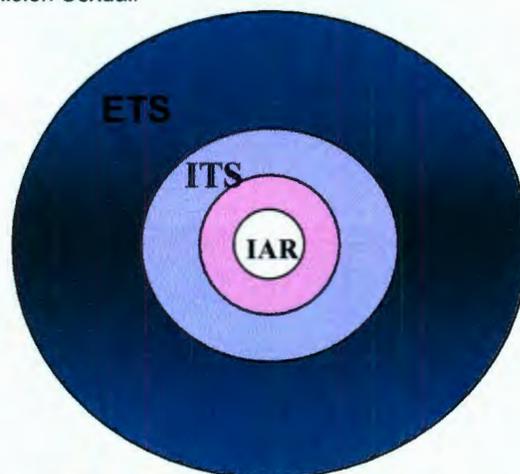
Sin embargo, autores como Schmid no sólo aportan lo anterior, sino que además mencionan que todas las *infecciones en los órganos genitales* son *Infecciones del Aparato Reproductor (IAR)* y que sólo una parte de estos padecimientos corresponde a *Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)*. Esa proporción varía según la forma en que se defina el término Infecciones de Transmisión Sexual y la frecuencia de infecciones en poblaciones individuales, por ejemplo, las mujeres casadas monógamas tienen proporcionalmente más IAR no transmitidas por contacto sexual que las trabajadoras sexuales que no utilizan condones. Tanto las ITS como las IAR no transmitidas por contacto sexual pueden ocasionar el mismo síndrome clínico (por ejemplo secreción vaginal o enfermedad pélvica inflamatoria). Por tanto, ... "es importante realizar pruebas a los individuos con síntomas o signos compatibles con una ITS para administrar el tratamiento correcto y así controlar la ITS dentro de una población"...(Schmid, 2002:423).

Otro punto importante, es que Schmid elimina las infecciones que ocurren en los órganos reproductores que aparecen relacionadas con la actividad sexual, pero que no son el resultado claro de microorganismos transmitidos por

contacto sexual³. A lo anterior, el autor agrega que se debería de establecer contacto con la pareja transmisora para prevenir el contagio a otros, subrayando así, la responsabilidad que los individuos tienen en la diseminación de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS).

Recapitulando, lo que el autor evidencia es que existe una relación entre Infecciones del Aparato Reproductor (IAR), ITS y ETS (Fig. 1), pues en todos los individuos existen IAR, ya que las parejas comparten microorganismos siempre que mantienen relaciones sexuales sin condón, infectándose el uno al otro hasta convertirse en una ETS. Esta diferenciación es importante ya que nos ayudará a comprender de una mejor forma cómo es que se da y se desarrolla el Cáncer Cérvico Uterino (CaCu) vía Virus del Papiloma Humano (VPH).

Figura 1. Relación entre Infecciones del Aparato Reproductor, Infecciones de Transmisión Sexual y Enfermedades de Transmisión Sexual.



Fuente: Elaboración propia, basada en Schmid, 2002:424

Es importante resaltar, en este punto, lo peligroso que puede ser no tratar a tiempo una Enfermedad de Transmisión Sexual, pues de acuerdo con McCary, las complicaciones en ambos géneros pueden ocasionar trastornos como infertilidad, o incluso, la transmisión de la misma enfermedad de la madre al hijo; por esto y más, son las mujeres quienes se ven mayormente afectadas:

³ Vaginosis bacteriana o algunos casos de enfermedad pélvica inflamatoria o uretritis no gonnocócica.

...Las ETS pueden dejar como secuela la infertilidad y otras complicaciones en la capacidad reproductiva de la persona. En la mujer, la enfermedad inflamatoria pélvica, el dolor pélvico crónico y la infertilidad, son secuelas importantes de las ETS; en particular por la clamidia y el gonococo. A su vez, la enfermedad inflamatoria pélvica bien tratada –por sus efectos sobre las trompas de falopio: cicatrización y estenosis- conlleva como principales complicaciones la infertilidad y el embarazo ectópico. En el hombre, la epididimitis también puede provocar infertilidad. Otra complicación importante es el carcinoma cérvico uterino, que en ciertos casos surge como consecuencia de la infección por algunos tipos de Virus del Papiloma Humano. Ciertas infecciones transmisibles por la vía sexual pueden pasar de la madre al hijo durante el embarazo, o en el momento del nacimiento. Entre ellos, podemos mencionar la sífilis, el VIH, la gonorrea y la clamidiasis... (McCary James, 2001:364).

Por su parte, Gotwald nos menciona que la frase: **Enfermedad de Transmisión Sexual**, no sólo se limita a enfermedades que se transmiten durante la *relación sexual*, sino que además incluye infecciones que pueden transmitirse por todo tipo de *contacto sexual* (véase cuadro 1). Quizá, dice el autor, el término Enfermedad de Transmisión Sexual hace alusión inevitable a los valores morales que se asocian con la frase enfermedad venérea⁴. Para él, la frase enfermedad venérea aún lleva el estigma del pecado ya que, en el imaginario social, la percepción que se tiene de enfermedad venérea siempre es asociada con sífilis y gonorrea. Y es que:

...Nuestros antecesores nos dijeron, en un tono que se preserva en el folklore moral de nuestra cultura, que son las enfermedades del pecado; se transmiten y adquieren por pecadores de actividad pecaminosa. Ciertamente las enfermedades venéreas aparecían en pecadores cándidos como castigo de sus sucios actos. Las personas con enfermedades venéreas no sólo deben soportar los insultos biológicos que acompañan la enfermedad, sino que además deben tolerar la carga de una sociedad que les acusa al decir "se lo tenían merecido..." (Gotwald, 2001:239).

En síntesis, la aportación de los autores es fundamental para la comprensión de las ETS, ya que mientras unos definen médicamente la enfermedad, otro propone hacer una diferenciación de las múltiples infecciones que se dan en el aparato reproductor y que pueden llegar a convertirse en una ETS; y una aportación final, pone en entredicho la carga moral que se le ha atribuido a las enfermedades venéreas situación, que según Gotwald (2001), no se presenta con la frase *Enfermedad de Transmisión Sexual*.

⁴ El término venéreo viene de Venus la diosa de la belleza y el amor, y significa transmitido por la relación sexual.

Influencia de las relaciones de poder entre hombres y mujeres en la incidencia de CaCu.

Sin embargo, no podemos afirmar que ésta situación se dé en todos los grupos sociales debido al desconocimiento y desinformación que existe entre ITS y ETS.

Cuadro 1. Tipología de las Enfermedades de Transmisión Sexual.

<i>Enfermedades genitales ulcerativas</i>	<i>Enfermedades de la mucosa genital</i>	<i>Enfermedades epidérmicas</i>	<i>Síndrome de enteritis y diarrea</i>	<i>Enfermedades vaginales</i>
Sífilis	Gonorrea	Virus del Papiloma Humano		Candidiasis vulvovaginal
Chancroide	Clamidia	Molusco contagioso		Tricomoniasis
Granuloma inguinal	Microplasma	Enfermedades por ectoparásitos: <ul style="list-style-type: none">• Pediculosis• Escabiasis		Vaginosis bacteriana
Herpes genital				
Virus de Inmunodeficiencia Humana				

Fuente: Elaboración propia, basada en: Paella y Frank, 1999: 228.

1.2. Virus del Papiloma Humano (VPH)

Una vez esbozado *grosso modo* el concepto de Enfermedad de Transmisión Sexual, sus diferentes denominaciones, su tipología y las secuelas de la misma, es preciso abordar de manera particular el Virus del Papiloma Humano, ya que como se explicara más adelante, es el VPH el factor más importante para la producción de Cáncer Cérvico Uterino.

Para iniciar, es importante entender que la infección por VPH es considerada una enfermedad de transmisión sexual y que por lo tanto la conducta sexual condiciona la aparición de la infección (Merlo y Bosquet, 2000; Paella y Frank, 1999).

De acuerdo con Paella y Frank, el VPH es un virus que se transmite durante el contacto sexual, y el período de incubación oscila entre los dos a seis meses. La infección puede ocurrir, según los autores, en cualquier parte donde hubo contacto físico directo, comprendidos la cavidad bucal y anogenital. Sin embargo, las conductas relacionadas con mayor riesgo de presentar verrugas genitales incluyen las relaciones sexuales entre personas con infección sintomática o asintomática, hábito de fumar y el uso prolongado de anticonceptivos orales. (Paella y Frank, 1999).

Gall (2002), toma en cuenta estos factores, pero además añade otros como las condiciones inmunosupresoras, el estrés continuo, el consumo de drogas ilegales, la ingesta excesiva de alcohol, corticosteroides exógenos, diabetes no controlada, recepción de un trasplante de órgano y seropositividad para el Virus de Inmunodeficiencia Humana (HIV).

Sin embargo, y aunque los VPH son transmitidos generalmente por contacto sexual, los médicos no pueden decir con certeza cuándo ocurre la infección, pues la mayoría de las infecciones de VPH, como argumentan Hatch y Berek (2004), aparecen y desaparecen en el transcurso de unos pocos años, por

Influencia de las relaciones de poder entre hombres y mujeres en la incidencia de CaCu.

tanto, es probable que algunas veces la infección se mantenga por muchos años, causando o no anomalías en las células. En este sentido, concluye que los factores de riesgo asociados a la conducta sexual juegan un papel preponderante en la incidencia de CaCu.

Además Gall (2002), reconoce que los Virus del Papiloma humano⁵ pueden dividirse en dos grandes grupos, según el tipo de tejidos que afectan, como los cutáneos epiteliales y los que lesionan tejidos mucosos. Estos últimos, gracias a los avances tecnológicos en el campo de la biología molecular y la genética, se han podido clasificar en base a su capacidad oncogénica en virus de Alto y Bajo Riesgo y, en base a su estructura genética, se les ha diferenciado y por lo tanto marcado con un número. (Véase cuadro 2).

Cuadro 2
Clasificación de los Virus del Papiloma Humano.

TEJIDO	CAPACIDAD ONCOGÉNICA	ESTRUCTURA GENÉTICA
Afecta a tejidos mucosos	Alto = NIC III = Displasia grave	16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 68, 69,
	Bajo Riesgo = NIC I = Displasia leve	6, 11, 66, 41, 42, 43,

Fuente: Elaboración propia, basada en Gall, 2002: 505.

Los Virus del Papiloma Humano que se denominan de *bajo riesgo* aluden de acuerdo a Gall (2002), Hatch y Berek (2004) a aquéllos que rara vez se convierten en cáncer. Por otro lado, los VPH que tienen más probabilidades de llevar al desarrollo del cáncer se conocen como virus de "alto riesgo". Tanto los tipos de VPH de alto como de bajo riesgo pueden causar el crecimiento de células anormales, pero generalmente sólo los tipos de VPH de alto riesgo pueden llevar al cáncer.

⁵ Los Virus del Papiloma Humano, papilomavirus, son un grupo de más de 100 tipos de virus. Se les llama papilomavirus porque algunos tipos pueden causar verrugas o papilomas, los cuales son tumores benignos (no cancerosos). Los papilomavirus que causan las verrugas comunes que crecen en las manos y en los pies son diferentes de los que causan formaciones en la garganta o en el área genital.

A este respecto, varios autores coinciden en que la transmisión e incidencia de cierto tipo de virus que conlleva riesgo de neoplasia maligna, varía de acuerdo a la zona geográfica que se pretenda analizar, así tenemos que:

... El HPV-16 se encuentra en 77% de los cánceres cervicales de Alemania, en 71% de los de Sudamérica y en 59% de los de Estados Unidos, pero solo en 33 a 39% de los cánceres cervicales de Japón. Por otro lado HPV-52 se detecta en 20% de los cánceres cervicales invasivos de Japón, pero es raro hallarlo (2%) en lesiones intraepiteliales cervicales o cánceres invasivos en Estados Unidos. No se sabe si estas diferencias geográficas representan los genomas mutados de HPV, la simple distribución de los tipos de virus, la selección genética en varias poblaciones o algún otro mecanismo desconocido... (Gall, 2002: 505).

Por lo tanto es necesario que la ubicación geográfica se considere como un factor de riesgo más en la incidencia de VPH, ya que los hábitos culturales, de alimentación, de higiene personal, la cultura médica del paciente, información sobre sexualidad y ETS, y las características metabólicas de cada raza varían de una sociedad a otra, incluso entre regiones.

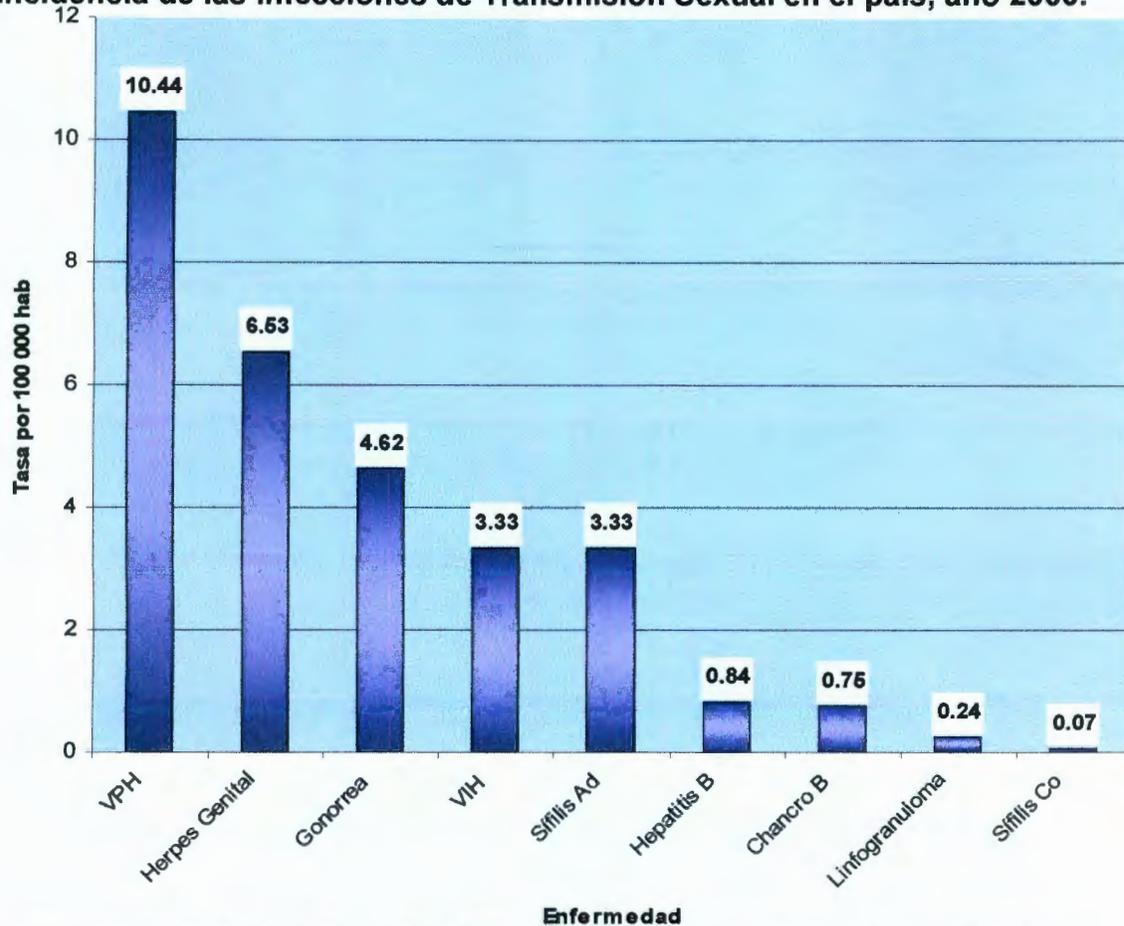
Así tenemos que, para el caso mexicano, las variedades 16 y 18 son las formas más agresivas con un alto poder oncogénico, pues en diversos estudios de biología molecular se encuentran presentes (90%) en los tejidos tumorales de pacientes que han padecido cáncer invasor de cérvix. (Drusso, 2000). También, encontramos que para el año 2000, según el Consejo Nacional de Población (CONAPO) la ITS de mayor incidencia en el país fue el VPH, seguido del herpes genital y la gonorrea. Esto nos puede dar una idea de la magnitud del problema (*Véase gráfica 1*).

Puede concluirse en este apartado que el virus del papiloma humano es una Enfermedad de Transmisión Sexual con un alto grado de incidencia, condicionada por su principal factor de riesgo: la conducta sexual⁶. Además, queda claro que sólo determinados tipos de virus constituirán un riesgo importante para la mujer de acuerdo con la lesión que provoquen, pero que no

⁶ Si bien es cierto que el Virus del Papiloma Humano se obtiene por contacto sexual, no es la única vía de transmisión y se ha considerado la participación de la vía perinatal, es decir, la transmisión vertical del virus de la madre al feto.

son suficientes para el desarrollo de Cáncer Cérvico Uterino, pues como se mencionó anteriormente, necesita la acción conjunta de otros co-factores.

Gráfica 1
Incidencia de las Infecciones de Transmisión Sexual en el país, año 2000.



FUENTE: CONAPO, citado en SSA – CONASIDA. Registro Nacional de Casos de SIDA. Datos al 31 de Diciembre del 2000. Procesó el Centro Nacional de Prevención y Control del VIH / SIDA (mimeo).

1.3. Consecuencia biológica del VPH: producción del Cáncer Cérvico Uterino.

Para entender el proceso de la enfermedad y su historia natural es necesario tomar en cuenta los mecanismos básicos por los cuales se da el cáncer. Diremos entonces que el Cáncer Cérvico Uterino, como muchos otros cánceres, tiene un componente multifactorial, y por lo tanto el proceso es diferente en cada uno de ellos.

En este sentido, en el siguiente apartado trataremos de explicar la historia natural del CaCu, así como la magnitud del problema apoyándonos en los diferentes aportes médicos contextualizando con datos generados por ellos y las diferentes estadísticas que se han creado al respecto.

Para González-Merlo y González (2000), el CaCu es un proceso progresivo que atraviesa varias fases precursoras: displasia leve o NIC I, displasia moderada o NIC II, displasia grave o NIC III, carcinoma microinvasivo y, finalmente, carcinoma invasivo, si bien en algunos casos se podría saltar algunas de las etapas citadas. Lo importante a resaltar aquí es que, según los autores, se ha calculado que el tiempo necesario para que una NIC I se transforme en un NIC III es, por término medio, de 7 años y se requiere entre 5 y 13 años para que un NIC III progrese a carcinoma microinvasivo. Estas cifras sin embargo sólo tienen un valor relativo.

Apoyándose en esto, González-Merlo y González (2000) han establecido dos grados de lesiones escamosas intrapiteliales (SIL) y no tres como venía haciéndose:⁷

- a) de bajo grado, habitualmente asociada a infecciones por VPH de los tipos 6 y 11,
- b) de alto grado, por lo general asociada a infección por VPH de tipo 16.

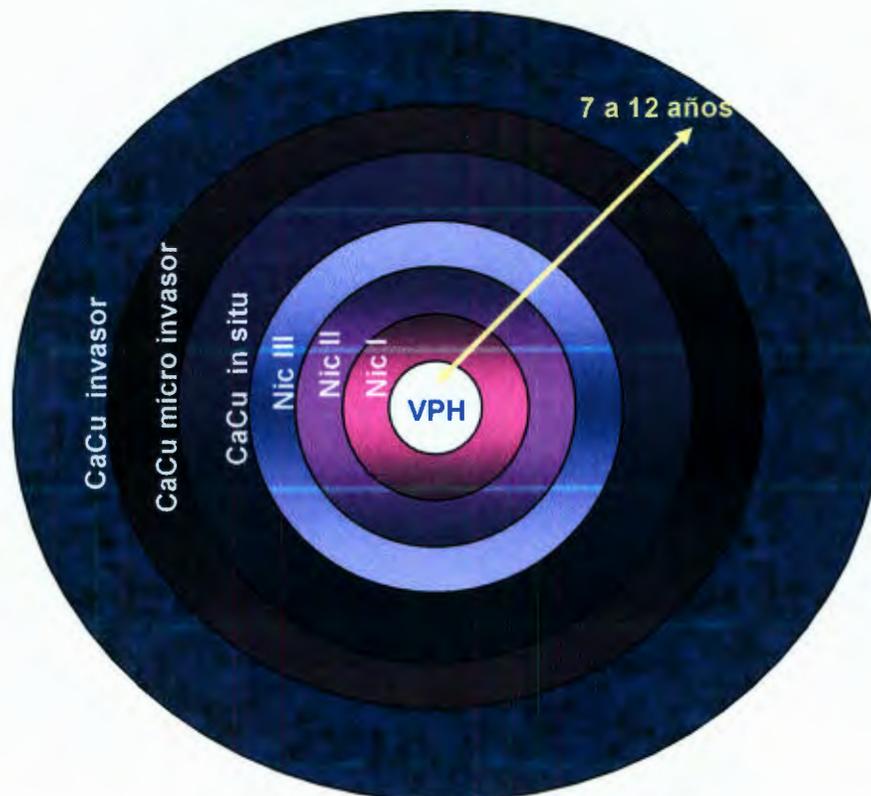
La novedad de esta clasificación, mencionan los autores, radica en el concepto de que sólo la NIC de alto grado es precursora del cáncer cervical, mientras que la NIC de bajo grado es una lesión no precursora que, por lo tanto, no precisa tratamiento.

⁷ En un principio fue una clasificación establecida con base en los hallazgos citológicos (sistema Bethesda), pero posteriormente se extendió a las alteraciones histológicas y se correlacionó con los distintos tipos de VPH.

Con esta explicación nos damos cuenta que cualquier tipo de lesión detectada y tratada a tiempo puede ser curada en su totalidad antes de convertirse en algún tipo de cáncer. Sin embargo, la paciente después de estar dada de alta no está libre de volver a ser infectada por el VPH ya que, como se explicó con anterioridad, ésta infección está totalmente relacionada con la conducta sexual masculina y femenina, y es que durante los últimos años se ha demostrado el importante papel que el Virus del Papiloma Humano (VPH) desempeña en la génesis del cáncer de cérvix:

...Se ha hablado mucho de la actividad sexual de la mujer y su relación con el riesgo de desarrollo de Nic. Cada vez hay más datos que sugieren que una mujer puede correr mayor riesgo debido a su compañero sexual, aunque no satisfaga las condiciones de relaciones sexuales precoces y múltiples compañeros. La historia sexual de su compañero podría ser tan importante como la propia... (Philip J. Disaia y William T. Creasman; 1999: 4)

Figura 2
Estadios de la enfermedad.



Fuente: Elaboración propia, basado en González – Merlo/ González, 2000:141 -144 y Gall, 2002: 505.

Hasta el momento se han esbozado las fases por la que atraviesa el CaCu, así como también el tipo de lesiones y su relación con cierto tipo de VPH que pueden llegar a ocasionar Cáncer Cérvico Uterino. Es oportuno mencionar, en este momento, que existen varios estudios en los que se han abordado los factores de riesgo que coadyuvan al desarrollo del CaCu (véase González – Merlo/ González y Gall: 2000 y 2001). Basándonos en estos estudios hemos creado la siguiente clasificación en el cuadro que continúa:

Cuadro 3
Factores de riesgo para el desarrollo de Cáncer Cérvico Uterino.

SOCIO -CULTURALES	FISICOS	INMUNOSUPRESIÓN	ESTADO INMUNOLÓGICO
Conducta sexual: - Inicio precoz de relaciones sexuales - relaciones sexuales con varios compañeros	Multiparidad: laceraciones cervicales ocasionadas por parto antes de los 20 años de edad	Tabaquismo	Deficiencia de: - ácido fólico, - Vitamina C - Carotenos
Factor masculino: - promiscuidad - Sin circuncisión	Traumatismos mecánicos y químicos ocasionados por el coito	Alcoholismo	
Factores raciales: es más frecuente en mujeres de raza negra	Uso prolongado de anticonceptivos hormonales	Consumo de drogas ilegales	
Bajos ingresos	Historia previa de infecciones de transmisión sexual		
Lugar de origen	Edad		
Escasa cultura médica de la paciente: - falta de pruebas de papanicolau - higiene deficiente			

Fuente: Elaboración propia, basada en González – Merlo/ González, 2000:141 -144. Ginecología básica ilustrada, 2000:234.Gall, 2000:509.

Influencia de las relaciones de poder entre hombres y mujeres en la incidencia de CaCu.

Otro estudio como el que expone Disaia y Creasman (1999) nos explican los síntomas más frecuentes de una mujer que padece CaCu, entre ellos, resaltan los siguientes:

...La *paciente típica con cáncer cervical* clínicamente obvio es una mujer multipara cuya edad se sitúa entre los 45 y los 55 años, que se casó y tuvo su primer hijo generalmente antes de los 20 años. Probablemente el primer signo de cáncer cervical precoz es una secreción vaginal acuosa teñida de sangre que a menudo pasa desapercibida a la paciente. El síntoma clásico lo constituye la *metorragia indolora* intermitente o el manchado exclusivamente postcoital o después de la higiene diaria. A medida que crece el tamaño del tumor, los episodios de hemorragias se hacen más importantes, más frecuentes y de mayor duración. La paciente puede también referirse a lo que ella considera un incremento en la cantidad y duración de su flujo menstrual regular; finalmente la hemorragia se hace prácticamente continua. En la mujer postmenopáusica, es más probable que dicha hemorragia lleve a buscar atención médica precoz.

Los síntomas o indicadores tardíos de enfermedad más avanzada incluyen el desarrollo de dolor referido al flanco o al miembro inferior, que suele ser secundario a la afectación de los uréteres, la pared pélvica y / o el recorrido del nervio ciático. Muchas pacientes refieren disuria, hematuria, rectorragia o estreñimiento debidos a invasión vesical o rectal.

Las metástasis o distancia y el edema persistente de uno o ambos miembros inferiores como resultado del bloqueo linfático y venoso debido a la afectación extensa de la pared pélvica, son manifestaciones tardías de la enfermedad primaria y resultan frecuentes en caso de recurrencia. Pueden darse como fenómenos preterminales hemorragias masivas y desarrollo de uremia con inanición profunda..." (Disaia y Creasman; 1999: 58).

Por ello, autores como Disaia y Creasman (1999) recomiendan que todas las mujeres que son, o han sido, sexualmente activas o que han cumplido los 18 años de edad, deben someterse a una prueba de Papanicolau y a una exploración pélvica anual. Una vez que se han realizado 3 o más exploraciones anuales satisfactorias, con resultados normales a una mujer, puede reducirse la frecuencia de frotis de Papanicolau según el criterio de su médico y así disminuir la incidencia de CaCu.

Agregan además, que hay pruebas convincentes que demuestran que los programas de detección selectiva citológica permiten reducir de forma eficaz la mortalidad debida al carcinoma del cuello uterino. El grado de reducción de mortalidad logrado se relaciona directamente con la proporción de la población explorada. Los diversos estudios realizados en todo el mundo demuestran que la detección selectiva del cáncer no sólo hace disminuir la mortalidad, sino que, probablemente, logra dicho objetivo haciendo decrecer la incidencia.

Influencia de las relaciones de poder entre hombres y mujeres en la incidencia de CaCu.

No se ha apreciado disminución de la incidencia del cáncer cervical sin la instauración de un programa de detección selectiva.

González- Merlo y González (2000:141) mencionan que la incidencia⁸ mundial de CaCu ocupa el segundo puesto entre los tumores malignos de la mujer. Según ellos, cada año se diagnostican en el mundo alrededor de 437 000 casos nuevos de CaCu, y la mitad de ellos acaban con la muerte de la paciente. Sin embargo, mencionan los autores, la incidencia de CaCu varía bastante en las distintas zonas del mundo, encontrando así que las tasas más elevadas se hallan en América central y del sur, sureste de Asia, África y este de Europa, con tasas de 54.6 en Trujillo (Perú), 47.1 en Asunción (Paraguay), y 42.2 en Cali (Colombia). Las tasas más bajas se encuentran en el sur de Europa, Israel, Kuwait, Australia y América del Norte, con tasas de 4.0 en Israel; 4.0 en japoneses residentes en Estados Unidos (los Ángeles, Hawai); 4.4 en Finlandia; 5.4 en China y 6.6 en países bajos (González- Merlo y González, 2000: 141).

Al contrario de lo que ocurre en el mundo industrializado, el cáncer de cuello uterino sigue siendo, según Disaia y Creasman, el primer cáncer en cuanto a número de muertes en las mujeres, de los países del tercer mundo.

En México, el Cáncer Cérvico Uterino es el más frecuente en mujeres de 40 a 50 años de edad, alcanzando el 2% en este grupo de mujeres. En Estados Unidos ocupa el segundo lugar en frecuencia, después del cáncer mamario, probablemente como resultado de las campañas contra el cáncer, que permiten detectarlo precozmente. (Ginecología Básica Ilustrada, 2000: 230, 231).

En un artículo publicado por la revista Salud Pública en su edición de Enero – Febrero de 2004, dan a conocer una serie de estadísticas y datos de los cuales sobresalen los siguientes:

⁸ La tasa de incidencia expresa el número de casos nuevos primarios en una población de riesgo en un periodo de tiempo determinado. (González-Merlo y González, 2000: 141)

Influencia de las relaciones de poder entre hombres y mujeres en la incidencia de CaCu.

...el Cáncer Cérvico Uterino y el cáncer de mama representan en el país el 10% de las muertes de las mujeres en edad fértil y la mitad de las muertes por tumores malignos en este grupo de edad. Llama la atención que una tercera parte de las defunciones por ambas entidades en el país se concentre en mujeres menores de 50 años.

En 2002 sigue cobrando más vidas el Cáncer Cérvico Uterino que el de mama, aunque ambos transitan por tendencias diferentes. Mientras el primero marca un descenso que inicia en el año 2000, el segundo muestra una tendencia franca al incremento. Ambos son contribuyentes importantes de mortalidad prematura en las mujeres de México, puesto que más de 62% de las defunciones por ambas causas se presenta entre los 25 y los 64 años de edad... (Salud Pública, 2004: 76).

En el mismo artículo se expone una tabla en la cual se dan a conocer estadísticas de la mortalidad femenina por Cáncer Cérvico Uterino en México del periodo comprendido de 1955 a 2002. Nosotros, por cuestiones prácticas, sólo tomaremos los datos del periodo de 1980-2005, quedando de la siguiente manera:

Cuadro 4
Mortalidad femenina por Cáncer Cérvico Uterino 1980 – 2005.

Años	Defunciones	Distribución porcentual por edades		
		Menos de 25	25-64	65 y más
80-85	18062	0.65%	66.1%	33.0%
86-90	20187	0.7%	65.0%	34.0%
91-95	21666	0.5%	64.0%	35.44%
96-2000	22815	0.32%	63.5%	36.02%
2001-2005	22681	0.3%	64.2%	35.2%

Fuente: Elaboración propia basada en Salud Pública, Edición Enero-Febrero de 2004. Pág. 87.

Como se puede apreciar en la tabla, el grupo de menos de veinticinco años muestra un descenso en la mortalidad por Cáncer Cérvico Uterino a mediados de los años ochenta y noventa, pero posteriormente muestra un incremento moderado seguido por una súbita caída. Estos vaivenes no aparecen en el grupo de edad de sesenta y cinco y más, en el que predomina el aumento constante de muertes por CaCu. Lo anterior revela que de los veinticinco años en adelante, las mujeres son prácticamente vulnerables para sufrir esta enfermedad

Influencia de las relaciones de poder entre hombres y mujeres en la incidencia de CaCu.

Los estados donde se presenta el mayor número de muertes por esta causa son el Estado de México, Veracruz, Distrito Federal, Chiapas, Puebla, Michoacán, Jalisco, Oaxaca y Guanajuato.

Como se puede apreciar, estas entidades federativas comparten ciertas características como ser estados con mayor número de habitantes, con alto índice de migración, alto índice de marginación y presencia de grupos indígenas. Algunos estados presentan todas las características antes indicadas.

En cuanto al estado de Querétaro, el artículo antes mencionado señala que en el año 2000 murieron 27 mujeres por causa del CaCu, muy por debajo del estado que registró más muertes (270 mujeres en el Estado de México). Sin embargo, al consultar diferentes fuentes estadísticas, nos hemos dado cuenta que existe una gran variación de una fuente a otra. Esto se debe a la falta de un programa nacional en el que se tengan registrados todos los datos al respecto. El Programa de Acción: Cáncer Cérvico Uterino 2001-2006, cuenta con una base de datos, la cual no es suficiente pues sólo toma en cuenta los casos que se presentan dentro de las instituciones médicas, como la Secretaría de Salud, IMSS, el ISSTE, la SEDENA y algunos otros; dejando de lado todos los registros que se encuentran en clínicas y consultorios de médicos particulares. Por lo tanto, el único dato estadístico confirmado por la Secretaría de Salud, es que cada semana muere una mujer en el estado de Querétaro por padecer CaCu.

1.4 Aportaciones y limitaciones del enfoque médico.

Las investigaciones abordadas con antelación, nos permiten adentrarnos en el tema de estudio a través del esclarecimiento de las características generales de la enfermedad y de los factores involucrados en la génesis de la misma.

El Cáncer Cérvico Uterino lo definen, los médicos, como una anomalía en la conducta celular del cérvix de las mujeres, y su aparición está íntimamente ligada con una enfermedad de transmisión sexual llamada Virus del Papiloma Humano. Su desarrollo depende de varios factores biológicos y sociales que actúan de manera conjunta como: *la historia sexual femenina, la escasa cultura médica y los hábitos nocivos para la salud.*

Dentro de la primera destacan: las relaciones sexuales precoces, múltiples compañeros sexuales, la multiparidad, el uso prolongado de anticonceptivos y el haber presentado infecciones vaginales previas; en lo que a cultura médica se refiere acentúan que la falta de papanicolau, la nula exploración pélvica y una higiene deficiente son los cuadros más comunes; por último, el tabaquismo, alcoholismo y el consumo de drogas ilegales son los hábitos nocivos recurrentes entre estas mujeres. En algunos estudios incluyen de manera muy somera factores como la desnutrición, el estrés continuo y los bajos ingresos de las familias.

De lo anterior los autores concluyen y coinciden en que, la conducta sexual, es el factor más importante involucrado en el surgimiento de la enfermedad. Nos hacen explícito que el cáncer cervicouterino es una enfermedad frecuente en nuestro país y que afecta principalmente a mujeres en edades que oscilan entre los 30 y los 50 años con hijos nacidos antes de los 20.

Hasta aquí, lo que han aportado estas investigaciones, ha servido para controlar de alguna forma la incidencia de la enfermedad y por consecuencia

Influencia de las relaciones de poder entre hombres y mujeres en la incidencia de CaCu.

disminuir la mortalidad por CaCu. Si se tomaran en cuenta variables socioculturales podrían aun disminuir más los casos por esta enfermedad.

Sin embargo, las limitaciones más importantes que podemos ver dentro del enfoque médico es que no se ha tomado en cuenta que cada uno de los factores biológicos tiene un trasfondo social, que puede dar una explicación al origen y a la reproducción de la enfermedad. Luego entonces, el CaCu no sólo tiene una explicación causal de tipo médico sino más bien de tipo sociocultural. Además, tenemos que entender que la enfermedad no es un problema separado que le corresponde sólo a la mujer, sino más bien es un problema de relación de pareja. Mencionamos esto porque no se ha incluido dentro de los factores de riesgo la historia ni el comportamiento sexual del varón cuando se sabe que él es el principal portador y transmisor del virus del papiloma humano que causa el CaCu; de la misma manera, tampoco se ha incluido al varón en el tratamiento de la enfermedad.

2. La perspectiva sociocultural.

2.1. Una primera aproximación.

Los procesos de salud / enfermedad femenina y masculina, han sido abordados históricamente por la medicina como procesos patológicos o enfermantes en sí mismos, e inherentes a los mismos actores sociales. En ese sentido, aunque consideran algunas variables sociales; lo hacen de manera aislada y en el sentido de causa – efecto.

De acuerdo con Ana Langer y Kathryn Tolbert (1996) las enfermedades de transmisión sexual han atraído el interés de los investigadores sociales porque en las últimas décadas, estos padecimientos tienden a incrementarse, en especial en los países en desarrollo y en los grupos sociales desfavorecidos. Dicha tendencia se puede atribuir según Langer y Tolbert a diversos factores, los más importantes se asocian con los cambios en los patrones de comportamiento sexual.

Otro motivo, de gran importancia, por el que las ETS se estudian cada vez más, es que constituyen una muestra de las desigualdades de género que prevalecen en los países en desarrollo. Algunas de ellas son la capacidad limitada de la mujer para controlar las condiciones que rodean al ejercicio de la sexualidad, la falta de servicios de salud a donde las mujeres puedan acudir y el estigma social inherente a las enfermedades asociadas con las prácticas sexuales. Estos factores añaden un riesgo mayor a las condiciones biológicas que de por sí, hacen a las mujeres más susceptibles de adquirir una infección y de desarrollar complicaciones secundarias a las ETS como el Cáncer Cérvico Uterino.

De allí que, para el caso mexicano, una compleja red de factores biológicos, culturales y económicos es responsable de la mayor vulnerabilidad de las mujeres a la transmisión de las ETS, como la probabilidad de que por cada

Influencia de las relaciones de poder entre hombres y mujeres en la incidencia de CaCu.

relación heterosexual un hombre transmita una infección a una mujer es dos veces más alta, además de que las enfermedades que suelen causar síntomas en las mujeres son asintomáticas en los varones. En cuanto a los aspectos culturales y económicos, señalan las autoras, influyen los conocimientos y creencias de las mujeres en relación con su propio cuerpo y su salud, además de que las mujeres no se quejan de la infidelidad de sus esposos, pues arriesgan su relación, su seguridad económica y física.

Inciden en la complejidad de las variables involucradas otras autoras como Ivonne Szasz, (1995) quien destaca el papel de las variables macrosociales, como las estrategias de crecimiento económico, los estilos de desarrollo, las diferencias en la apropiación de la riqueza socialmente generada, las relaciones de poder entre distintos grupos sociales y las políticas públicas que determinan importantes diferencias en la calidad de vida y el acceso a la salud de distintos grupos sociales.

Todos estos factores, más relacionados con aspectos estructurales, también participan, aunque de manera indirecta, en la presencia de ETS. Así, podemos distinguir dos grandes tipos de variables que influyen de manera directa (microsociales) o indirecta (estructurales) en la presencia de ETS. Por otra parte, de acuerdo con el tipo de contexto que se trate, (rural o urbano) otros estudios señalan la intervención de variables semejantes o diferentes a las aquí mencionadas. Al respecto, es importante mencionar que estos últimos estudios abordan el problema de las ETS o aspectos más generales relacionados con la sexualidad, reproducción y anticoncepción. No obstante, estos trabajos hacen aportaciones importantes como exponemos a continuación.

2.2. El contexto rural

Con el propósito de describir los aspectos más relevantes de los trabajos realizados en contextos rurales, los exponemos por separado en los siguientes apartados.

☞ Estudio de Castro y Bronfman.

Roberto Castro y Mario Bronfmann (1995) en su investigación comparativa sobre salud, embarazo y anticoncepción en las localidades de Acapetehua, en el estado de Chiapas y Ocuituco, en el estado de Morelos, encontraron que el dolor y la incertidumbre constituían “formas de conocer” que las mujeres experimentaban cotidianamente en relación con la sexualidad, la reproducción y la anticoncepción.

Al respecto, es importante señalar que las mujeres desempeñaban un papel central en la elaboración y transmisión de las concepciones y las prácticas relacionadas con la salud y la reproducción.

Esta investigación comparativa, fue realizada a partir de una perspectiva teórica que se centró en el sentido subjetivo que las actoras atribuyeron a sus propias conductas y a los fenómenos circundantes. Optaron, en consecuencia, por un tipo de conocimiento científico basado en la comprensión de la acción social. En este sentido, descubrieron coincidencias interesantes en las comunidades en lo que atañe a las concepciones y prácticas dominantes en torno a la sexualidad y el embarazo, como:

- La existencia de repetidos testimonios de mujeres que viven el inicio de su sexualidad y vida reproductiva en términos de un desconocimiento casi absoluto, con la consecuente carga de angustia e incertidumbre que ello supone:

Influencia de las relaciones de poder entre hombres y mujeres en la incidencia de CaCu.

...Otro tipo de cuidados asociados con la reproducción, o por lo menos con la sexualidad en general, se refieren al que es preciso tener durante el inicio de la vida sexual. Como en el caso de Ocuituco, existe una asociación entre formas de dolor y tipos específicos de conocimiento. Por ejemplo, existe la concepción de que no es bueno bañarse al día siguiente de haber tenido la primera relación sexual, pues el peligro puede ser de incluso la muerte: "...luego al otro día no la dejan a uno bañar, pero yo me bañé, hasta que una señora me dijo: ¿Qué no vez que la primera vez no te puedes bañar, qué te quieres morir?..(Castro y Bronfman, 1995:50)

- La existencia de diversas formas de violencia que sufren las mujeres en su vida cotidiana, desde el hecho de tener que hacer los quehaceres normales de la casa hasta el mismo día del parto, hasta las agresiones físicas, sexuales, psicológicas que con frecuencia reciben de sus esposos.
- La vivencia del embarazo con una enorme carga de fatalismo.

Por otro lado, hay que advertir que en ambas comunidades, los varones entrevistados manifestaron no contar con información oportuna en torno a la reproducción. Así los hombres de Ocuituco desconocen los cuidados que una mujer embarazada debe tener consigo misma, a excepción de saciarle sus antojos:

...Esto hace pensar que, en general, los hombres en Ocuituco viven relativamente al margen de los cuidados durante el embarazo. Un elemento que parece confirmar que el embarazo "es un asunto de mujeres" es el hecho de que a lo largo de las entrevistas es mucho más evidente el papel activo de la suegra durante este periodo (la suegra aconseja, orienta y atiende a la embarazada), que el del marido mismo... (Castro y Bronfman, 1995:50).

Aunque los hombres de Acapetehua parecen involucrarse un poco más con aspectos reproductivos, también aparece una casi total desinformación:

...Por lo general, todos ellos coinciden en manifestar que nunca tuvieron los medios adecuados para enterarse más al respecto, bien porque no asistieron a la escuela, o bien porque en ese entonces "esas cosas no se enseñaban".

Algunos de ellos poseen un cierto grado de conocimientos empíricos que han adquirido por propia observación o bien por medio de informantes circunstanciales. Por ejemplo, un agricultor manifiesta que a través de algunas charlas que ha escuchado de algunos promotores de cuya existencia desconoce, es como ha acumulado una cierta cantidad de información que le permite saber, en términos muy generales, cuáles son los signos corporales que marcan el inicio de la vida reproductiva tanto en el hombre como en la mujer. Otros más poseen cierta información que han adquirido al observar los libros de texto de sus hijos que asisten a la escuela primaria...

Influencia de las relaciones de poder entre hombres y mujeres en la incidencia de CaCu.

...Por el contrario, existen otros casos de agricultores analfabetos cuya condición les obliga a remitir a la suerte o a Dios la explicación de algunos fenómenos: "No sé por qué ella no se ha podido embarazar ahora, sepa Dios, será suerte, será mala suerte. Pero yo pienso que es suerte". (Castro y Bronfman, 1995:48)

Las características anteriores analizadas por Castro y Bronfman, ponen de manifiesto las complejidades que existen en el nivel de la reproducción y la salud pero, a la vez, nos permiten reconocer aspectos que son importantes considerar en nuestra investigación, como el hecho de que son las mujeres quienes transmiten a otras mujeres los saberes sobre las prácticas relacionadas con la salud y la reproducción. Este punto es detonante, pues en el caso del cáncer o de la transmisión de la enfermedad y en la concepción de la enfermedad, las madres juegan un papel fundamental. Esto se encuentra profundamente ligado con otros aspectos que descubrieron los autores: el desconocimiento que las mujeres experimentan en el inicio de la vida reproductiva y la consecuente carga de angustia e incertidumbre que trae consigo, a lo que añadiríamos las relaciones de poder que ejercen sus cónyuges sobre su cuerpo, que tienden a sobrecargar a la mujer y a someterla a violencia física y psicológica.

☛ La investigación del Population Council.

Conductas similares descubrieron científicos del Population Council (1996), quienes desarrollaron un programa de investigación sobre ETS en tres estados de la República Mexicana: Chiapas, Guerrero y Oaxaca. El propósito de la investigación fue determinar la prevalencia de infecciones locales en el tracto genital, así como de las transmitidas sexualmente. El universo de estudio incluyó a un grupo de mujeres rurales que acudían a centros hospitalarios urbanos en busca de atención general, cuidado del embarazo o planificación familiar.

A la luz de los resultados arrojados por la investigación se encontró que, la mayoría de las mujeres de los tres estados, padecía de dolores pélvicos y flujo anormal. Asimismo, cada una de ellas presentaba por lo menos una infección.

Influencia de las relaciones de poder entre hombres y mujeres en la incidencia de CaCu.

Las más comunes fueron las del tracto genital, en segundo lugar se encontraron las de transmisión sexual y las ulceraciones del cuello uterino.

Cabe destacar, dentro de estos resultados, el estudio cualitativo que se realizó en la comunidad de Comitán, Chiapas, en donde además se exploraron las vivencias, los conceptos y conocimientos de las mujeres en relación con las infecciones del tracto genital y se abordaron algunos temas referentes a su sexualidad.

La tipología de la mujer estudiada correspondió a amas de casa, la mayoría casadas o “juntadas” con trabajadores que ganaban el salario mínimo, quienes ejercían la jefatura del hogar. El conocimiento que estas mujeres tenían con respecto a sus propios cuerpos, la menstruación y la sexualidad fue extremadamente limitado, pues provenía más de la experiencia que de la enseñanza. Para las mujeres adultas era desconcertante “hablar de esos temas” con las más jóvenes.

Además de la falta de información, la primera menstruación de una mujer era causa de reproches y enojo, pues significaba que ya tenía posibilidad de concebir. En consecuencia, los mensajes de que no debía involucrarse en relaciones sexuales hasta que no estuviera casada, eran enérgicos. En general, la menstruación se percibía de manera negativa, acompañada de dolor, depresión y fatiga para la que no había remedio. El embarazo no sólo era algo desconocido, sino que era sinónimo de vergüenza.

La anticoncepción se realizaba sin que el compañero estuviera enterado, pues se asociaba con infidelidad, promiscuidad y traición a la maternidad. Con respecto a las ETS, las mujeres no pudieron mencionar síntomas suyos o de sus parejas, pues aún con dolor, preferían sufrir el coito que ser acusadas de promiscuas. Los remedios caseros se usaban, pero la vergüenza las orillaba a que rara vez buscaran ayuda.

Influencia de las relaciones de poder entre hombres y mujeres en la incidencia de CaCu.

Aunque sabían que sus parejas las infectaban, creían que ello se debía a la promiscuidad de las otras mujeres con las que los hombres mantenían relaciones sexuales. De esta manera, justificaron la doble moral masculina.

☞ El estudio de Castañeda.

Otro trabajo describe de forma muy puntual, cómo conciben las mujeres el cuerpo y la maternidad. Éste se realizó en la cabecera municipal de Nauzontla, ubicada en la sierra norte de Puebla. Para analizar la relación cuerpo – sexualidad-maternidad, Castañeda (1997) partió de considerar tres niveles que configuran la sexualidad:

- La base biológica que la sustenta
- Las relaciones sociales que supone
- La ideologización a la que se encuentra sujeta

El enfoque adoptado para tratar estas cuestiones derivó de la teoría de la opresión de género en las sociedades patriarcales, y tomó como punto de partida dos hipótesis básicas, una es, que la sexualidad femenina y, por lo tanto, la forma como las mujeres perciben y viven su cuerpo, tiende a estar restringida a la maternidad. La segunda es que, la maternidad, puede ser considerada como el elemento central en la conformación del contenido y la identidad del ser mujer.

Los resultados que arrojó la investigación, son descritos a la luz del ciclo de vida de las mujeres. Así, la autora descubrió lo siguiente:

- a) La menstruación fue traumática para la mayoría de las mujeres adultas entrevistadas. Entre ellas Castañeda encontró un desconocimiento absoluto de lo que les iba a suceder, por lo que experimentaron miedo. Así, la actitud de estas mujeres ante sus hijas respondió al mismo silencio que ellas conocieron y que generación tras generación han

Influencia de las relaciones de poder entre hombres y mujeres en la incidencia de CaCu.

guardado al respecto; silencio que tiene que ver con un tabú hacia la sexualidad basada en la genitalidad.

Supuestamente las madres creen que mediante el silencio, dejando que las muchachas se “espanten” solas, se consigue que de un día para otro consoliden la conciencia de que su cuerpo es distinto; de que hay características de éste que ellas no pueden controlar y con las cuales deben aprender a vivir. El silencio, por tanto, es una forma de dejarlas arribar al conocimiento de sí mismas:

...Con la llegada de la menarquía, las niñas se vuelven “muchachas” y en este momento todos los consejos y recomendaciones en torno a “cuidarse” adquieren un contenido concreto: “cuidarse” significa abstenerse de relaciones coitales; aprender que “perder la inocencia” significa preservar la virginidad hasta el matrimonio y, que sobre sus cuerpos existen requerimientos sexuales por parte de los muchachos y de los hombres en general que, en el mejor de los casos, pueden significar noviazgos, pero las más de las veces representan un considerable acoso sexual...(Castañeda, 1997:125)

b) Falta de información para enfrentar la primera relación coital:

...Desde el momento de la menarquía las muchachas viven ante la constante presión de “darse a respetar” para no “fracasar” y resultar embarazadas. Sólo las muchachas que se van a casar son advertidas en algunos casos por su madre, de lo que representa “hacer eso” por primera vez. “Hacer eso” es la forma más frecuente de referirse a las relaciones coitales. Las muchachas que se unen o “se van” con un hombre se enfrentan a “eso”... (Castañeda, 1997: 357).

☞ La investigación de Ramírez.

Ramírez, (et/al, 2005) en su estudio sobre género y negociación reproductiva, realizado en la comunidad rural mestiza Conquista Campesina, del municipio de Tapachula, Chiapas, entrevistaron a profundidad a 20 mujeres que se encontraban en distintos momentos de su ciclo reproductivo. Ellas presentaron variaciones según su edad, nivel de escolaridad, religión, arreglos familiares, condición respecto a la propiedad de la tierra, vivienda, actividades remuneradas extradomésticas y participación en la organización de la comunidad. En este conjunto de mujeres estudiaron el proceso de toma de decisiones anticonceptivas, para lo que de lo cotidiano consideraron, las

condiciones sociales existentes y el ejercicio de poder en las negociaciones reproductivas.

A la luz de las experiencias relatadas, las investigadoras llegaron a la conclusión de que, en esta comunidad, las relaciones de pareja se constituyen en relaciones de poder asimétricas, en las que las mujeres / esposas ocupan una posición subordinada frente a sus maridos, no sólo por el hecho de que en el ámbito doméstico domine el varón, sino porque frente a la negociación reproductiva las mujeres / esposas consideran que ellos deben de decidir sobre cuándo y cuántos hijos tener. En el caso de la negociación reproductiva, el texto dice:

...muchas mujeres optan por una salida cooperativa, aun cuando ven afectados sus intereses y preferencias en la decisión. De esta manera, su sumisión permite el ejercicio de la autoridad masculina, que es aceptada y obedecida por las mujeres, quienes consideran que los varones tienen la autoridad y que por lo tanto deben ser respetados y se debe contar con su permiso... (Ramírez et/al. ,2005:721)

Un hecho significativo, es que las mujeres que no participan en la actividad económica, las amas de casa, son quienes más legitiman el dominio masculino. Sin embargo, existen otras mujeres que mediante el conflicto explícito o implícito se enfrentan con el varón. Esto es visible en las negociaciones respecto a la limitación de la fecundidad, en las que las mujeres manifiestan su descontento respecto a la actitud de los varones, mediante comportamientos como el enojo o la indiferencia. En estos casos, la negativa de las mujeres a obedecer los intereses de sus esposos, las puede llevar a situaciones de imposición por parte de ellos, en las que el dominio masculino se mantiene mediante el uso de violencia física o psicológica.

Las investigadoras encontraron que en los casos en los que las mujeres enfrentaron explícitamente a sus esposos, las formas de resistencia que se presentaron para cuestionar el comportamiento masculino fueron muy variadas, algunas consistían en salir de casa sin permiso, o no haciendo las labores del hogar, incluso negándose a tener relaciones sexuales y ya en última instancia, recurrían a la violencia en caso de haber sido agredidas.

Influencia de las relaciones de poder entre hombres y mujeres en la incidencia de CaCu.

La variable escolaridad, también condicionó tales comportamientos, pues las mujeres que habían concluido la educación secundaria, poseían un mayor conocimiento de su cuerpo, de la reproducción y de los métodos anticonceptivos; pero sobre todo y como señalan Ramírez et/al, su conciencia de saber, la cual empleaban para relacionarse de distinta manera con su pareja y con la comunidad o fuera de ésta, potenciando con ello los beneficios de su participación en las organizaciones comunitarias y la toma de decisiones relacionadas con la anticoncepción.

Aunque en diversos estudios se menciona que la situación de clase puede desempeñar un papel importante en la posición de las mujeres, en este estudio no es determinante de un mayor poder de negociación respecto a las decisiones reproductivas, ya que tanto los recursos obtenidos por el trabajo extradoméstico de las mujeres y sus propiedades, como la propia sexualidad y la reproducción femeninas, son controlados por los varones.

A la luz de estas investigaciones realizadas en contextos rurales, es posible delimitar un eje común en la literatura empírica que nos puede ayudar a abordar la investigación planteada. Por un lado, rescatamos la importancia de abordajes que permiten teorizar tomando como punto de partida la definición que ofrecen las y los actores a partir de sus vivencias, sus testimonios, sus estructuras cognitivas. Por otro lado, encontramos puntos homólogos en los tres primeros estudios como el miedo, la angustia, el desconocimiento que las mujeres guardan con respecto a su sexualidad, su salud y por supuesto, su cuerpo; así como la nula participación y escasa información que mantienen los varones al respecto.

En cuanto a las relaciones de poder, categoría determinante en nuestro estudio, el último trabajo descrito evidenció que en contextos rurales las mujeres siguen sometidas a las decisiones del varón, a pesar de que sean económicamente productivas. No obstante, a mayor educación, mayor fue el conocimiento del

cuerpo, así como de los métodos anticonceptivos y la planeación de la reproducción, conocimientos que les permitieron relacionarse de distinta manera con sus parejas.

2.3. El contexto urbano.

Dentro de los estudios urbanos destaca el trabajo de Beatriz Selva (1990), ella estudia aspectos relacionados con el ejercicio de la sexualidad y la reproducción biológica, que "históricamente ha significado el control sobre el cuerpo de la mujer y su capacidad procreativa". Selva aborda estos temas en su estudio "Comportamientos reproductivos y sus valoraciones", en el que considera a mujeres pertenecientes a los sectores populares de la Colonia Guerrero en el Distrito Federal.

La investigación se realizó durante los meses de diciembre de 1986 y mayo de 1987. Se entrevistó a profundidad a 14 mujeres, cuyas edades y situaciones familiares variaban pero que tenían en común el ser todas ellas madres, además de que, de manera general, compartían con su pareja un nivel educativo y situación socioeconómica similar y, en buena parte de los casos, se trataba de vecinos de la misma colonia:

...Los hogares a los que pertenecen las mujeres entrevistadas son predominantemente nucleares -núcleos completos y algunos incompletos de los que las entrevistadas son jefas-, pero todos están vinculados por lazos de parentesco con otros grupos domésticos de pobladores de la colonia. Por su condición socioeconómica, estas familias pueden distribuirse en dos grupos: uno de ingresos medios, integrado sobre todo por hogares de algunas entrevistadas jóvenes y edades intermedias residentes en condominios, y otro de ingresos más bajos y condiciones de subsistencia compuesto por familias que habitan en vecindades.

Si bien sólo algunas de estas mujeres trabajaban remuneradamente y predominan las "amas de casa en exclusividad", casi todas lo han hecho en algún momento de sus vidas; las más jóvenes, por otra parte, han alcanzado niveles más altos de escolaridad y se desempeñan o aspiran hacerlo en empleos administrativos o en la actividad docente, en tanto algunas de mayor edad y escolaridad más baja trabajan en el servicio doméstico o pequeño comercio... (Selva, 1990:493).

Influencia de las relaciones de poder entre hombres y mujeres en la incidencia de CaCu.

En las primeras experiencias de pareja, que fueron iniciadas a edades tempranas, fue común encontrar noviazgos que derivaron posteriormente en convivencia, determinada con frecuencia por un embarazo, aunque también se presentaron casos de madres solteras.

Es importante destacar que la iniciación en la vida sexual activa de estas mujeres no se combinó con el uso de anticonceptivos antes del matrimonio, aún entre las mujeres más jóvenes entrevistadas y con mayor escolaridad. De acuerdo con Selva esa no separación entre ejercicio de la sexualidad y reproducción generó situaciones vividas muy conflictivamente y, la experiencia de la maternidad no deseada, se convirtió en una "marca" por el peso de la presión social que fue vivida con culpa. El "abandono" se percibía como inevitable y crucial para futuras experiencias. Sin embargo, entre las mujeres de mayor edad y provenientes de familias de recursos más escasos, las presiones de la normatividad aludida parecían ser menores, pues era menos habitual entre las entrevistadas de estas características, el matrimonio legal.

Fueron reiterativos los relatos, de entrevistadas de distintas edades y situación socioeconómica, que manifestaban conflictos constantes en la convivencia, los cuales eran atribuidos al varón:

...El marido alcohólico y golpeador, el que abandona por otra mujer, el varón que no cumple con sus obligaciones como "sostén económico", son imágenes masculinas que se reiteran en varias de las experiencias de parejas relatadas. En aquellos casos en los que no se hizo alusión a conflictos, que aparecerían como matrimonios "bien avenidos", tampoco hubo referencias satisfactorias en términos personales, sino a un "llevarse de acuerdo" porque el varón "cumple" sus funciones de proveedor económico principal y no "falta" a la casa... (Selva, 1990:494).

No todas las mujeres vivían como parte de su cotidianidad o parte de "su suerte" las insatisfacciones y desavenencias con su pareja, pues fueron las mujeres más jóvenes, que mediante el deseo de separarse o evitando una nueva maternidad, expresaron su resistencia a tales comportamientos.

Influencia de las relaciones de poder entre hombres y mujeres en la incidencia de CaCu.

No obstante, en los casos en que el varón cumplió con las expectativas de "sostén económico", situación que fue percibida por algunas jóvenes como el "haberse casado bien", surgieron algunos reclamos que expresan un mayor deseo de que el varón colabore en la crianza de los hijos. En estos casos, no hubo alusiones explícitas a una sexualidad satisfactoria o experiencias placenteras en la vida de pareja; sino el matrimonio apareció como una unión que implica, en el mejor de los casos, cooperación y esfuerzos para solventar las necesidades cotidianas y garantizar una "buena" educación a los hijos, con un ejercicio implícito de la sexualidad concebido como "deber de esposa".

En cuanto a los aspectos biológicos de la maternidad: el embarazo, el parto y la lactancia; las diferencias fundamentales que encontró Selva en su universo de estudio, se vincularon a las prácticas sanitarias distintas para cada grupo generacional y relacionadas asimismo a las diversas situaciones socioeconómicas. Así, las entrevistadas jóvenes en general, acudieron a los servicios médicos después de detectado el embarazo, y las de mayor edad en todo caso, fueron a ellos para los partos, aunque también hubo referencias a la atención casera de las comadres. Ciertos cuidados especiales posparto, con reposos prolongados, fueron referidos por las mujeres en edad madura. En general, ellas amamantaron a sus hijos, pero hubo diferencias en tiempo de lactancia y formas combinadas o no de alimentación, que nuevamente se relacionaron con las prácticas más extendidas para cada generación. Las mujeres de mayor edad amamantaron por periodos más prolongados y sin combinar con leches en polvo.

En ningún caso se hizo alusión a alguna participación del hombre, pero sí a la colaboración y presencia de otras mujeres de la familia, particularmente en el momento del parto. La experiencia de la maternidad surge como determinante en la vida de estas mujeres y en relación con ella hay coincidencias en un aspecto fundamental: se la vive como realización personal. De acuerdo con Selva, los logros de los hijos se experimentan como propios, en tanto se

Influencia de las relaciones de poder entre hombres y mujeres en la incidencia de CaCu.

asocian esos logros con los esfuerzos de la mujer-madre en la crianza, y se anteponen sus requerimientos a cualquier otra expectativa.

Las diferencias más notables están en relación con el momento del ciclo de vida de las mujeres: las jóvenes y de edades intermedias tienen, no sin conflictos a menudo traumáticos, una posibilidad de decisión mayor en relación con el número de hijos y el uso de anticonceptivos, aunque casi todas vivieron maternidades no deseadas.

En cuanto al uso de anticonceptivos, su uso es posterior al primer embarazo y nunca antes del matrimonio o la convivencia, si bien algunas experiencias implican un plan establecido al casarse, al respecto la autora dice:

...Ciertamente, la práctica de uso de pastillas suele preceder al dispositivo intrauterino entre las mujeres de posición socioeconómica más alta y con mayor escolaridad, en tanto que los métodos menos efectivos parecen ser más habituales entre las entrevistadas de menores recursos. El método definitivo de la esterilización fue decidido como solución frente a otros métodos que se experimentaron como ineficaces para evitar el embarazo y que provocaban trastornos de salud; en estos casos con conocimiento acerca de su irreversibilidad y decidido desde las mujeres, probablemente en relación con el acceso a la información por el origen urbano de estas mujeres, puesto que se sabe de la apelación masiva a la esterilización acompañada de la desinformación, entre mujeres indígenas y campesinas fundamentalmente, en el marco de las campañas de control natal...(Selva,1990:496).

En suma, destacan en los resultados de la investigación, una generalizada percepción de avance de las mujeres más jóvenes en relación con la generación de sus madres, definida por mayores posibilidades de incidir en la capacidad procreativa, evitando "cargarse de hijos", menos hijos. Pero sin modificaciones sustantivas en las relaciones entre los sexos, en la libertad efectiva de decisión en relación con el propio cuerpo, los deseos y el placer.

2.4. Aportaciones y limitaciones del enfoque sociocultural.

Es cierto que en los últimos años las ETS han atraído la atención de los investigadores sociales, porque éstas se han incrementado de manera considerable en los países en desarrollo y en los grupos sociales más desfavorecidos. No obstante, estos trabajos ignoran en cierta forma, que el Cáncer Cérvico Uterino es una de las primeras causas de muerte en nuestro país desde la década de los 70's, pues son muy pocas las investigaciones que se han elaborado sobre el tema a partir de una lectura social. Ese mismo desinterés por parte de los científicos sociales se ve reflejado en el uso de abordajes que parten de categorías más amplias como sexualidad y salud.

Es por ello que, desde la perspectiva sociocultural, no se ha trabajado una conceptualización de Enfermedad de Transmisión Sexual, y mucho menos su diferenciación con la Infección de Transmisión Sexual.

Otra limitante que detectamos en el enfoque sociocultural es que, en los estudios microsociales, se hace referencia al varón de manera indirecta a pesar de que se le presenta como el que ejerce relaciones de dominio. Lo que centra el tema de investigación en las mujeres.

No obstante y a pesar de esa gran limitante, en los apartados anteriores mostramos valiosos estudios, aunque varios de ellos no tratan nuestro tema de investigación directamente, hacen aportaciones interesantes en relación con la sexualidad, menstruación, embarazo, maternidad, anticoncepción, vida reproductiva, negociación reproductiva, salud y las relaciones de pareja.

Por otra parte, es importante resaltar que en estos trabajos se hace referencia a dos tipos de variables:

- a) Macrosociales, como el desarrollo socioeconómico desigual, la política pública deficiente y la sociedad con estructura patriarcal.

Influencia de las relaciones de poder entre hombres y mujeres en la incidencia de CaCu.

- b) Microsociales como la posición de subordinación de la mujer en la relación de pareja, la constante referencia al papel de dominio que ejerce el varón, las creencias y conocimientos de las mujeres y la transmisión de los mismos, y las diferencias entre las mujeres según su edad, escolaridad y situación de clase.

Otra aportación importante de dichas investigaciones es que, al realizar estudios en contextos rurales y urbanos, destacan las diferencias entre regiones, pues no es lo mismo ser una mujer enferma y habitar en la ciudad, que estar enferma y vivir en el campo. Asimismo, por otra parte, en todos los estudios revisados destacó la constante referencia al dominio del varón.

Capítulo II. Marco Conceptual.

A partir de la revisión de los trabajos médicos y socioculturales elaboramos un marco conceptual que nos permitirá considerar variables biológicas y socioculturales, dado el carácter interdisciplinario de nuestro tema de estudio. Las reflexiones que realizamos adoptan para ello la perspectiva de género y, la estructura de las mismas es la siguiente.

1. La distinción entre sexo y género.

Cada hombre y cada mujer concretan en la experiencia de sus vidas el proceso histórico y sociocultural que los hace ser precisamente esa mujer y ese hombre. A partir del momento en que el ser humano nace, su cuerpo: de niño o de niña, recibe una significación sexual que sellará sin lugar a dudas la forma en que deberá de ser, pensar, actuar y sentir a lo largo de su vida. Sin embargo, esa historia personal, se convertirá finalmente en una historia social, pues dependiendo del espacio sociohistórico en que el individuo(a) se encuentre, la sociedad le asignará distintos significados de lo que es admisible como femenino y masculino. Esto quiere decir de acuerdo con Cazés (1990), que los contenidos que cada sociedad asigna a lo masculino y lo femenino, aunque hacen referencia al cuerpo, no están determinados biológicamente por el sexo, no son universales ni estáticos y no preceden a la organización jerárquica de las sociedades.

Este "sexo asignado" denominado género, corresponde a lo que no está en los genes, a todas aquellas prácticas y símbolos, que permean y definen modos de vida, subjetividades e identidades, pues no nacemos siendo mujeres u hombres, para Beauvoir (1989) nos hacen. Entonces, si los géneros son el resultado de significaciones adjudicadas al sexo y concretadas en estructuras biosocioculturales, lo sexual alude al conjunto de características fisiológicas del cuerpo humano, con base en las cuales son encasillados las y los individuos por su función en la reproducción biológica.

Influencia de las relaciones de poder entre hombres y mujeres en la incidencia de CaCu.

En suma, lo que determina la identidad y el comportamiento de los seres humanos no es el sexo biológico, pues este remite solamente a la genitalidad, ya que aunque existan mínimas diferencias entre mujeres y hombres, las mujeres no son lo que en función de su anatomía la cultura les designa a través de roles y papeles como femenino, (la mujer es asociada con su naturaleza pasiva y fecunda) y los varones no son lo que en función de su anatomía la cultura les designa a través de sus roles y papeles como masculino (se asume que el varón es el individuo fuerte de la especie).

De acuerdo con esta distinción, entendemos como género lo que Lagarde (1997:165) denominó como:

...un complejo de determinaciones y características económicas, sociales, jurídico – políticas y psicológicas, es decir culturales, que crean lo que en cada época, sociedad y cultura son los contenidos específicos de ser mujer o ser hombre...Los géneros son históricos...,producto de la relación entre biología, sociedad y cultura...;devienen y presentan una enorme diversidad...

Al respecto, es necesario advertir que en nuestra cultura, las relaciones entre los géneros son jerárquicas y desiguales, tales contradicciones han sido a lo largo de la historia desfavorables para las mujeres frente a los hombres, se expresan en las diferencias en el acceso a recursos, los grados de autonomía personal, el papel desempeñado en la sociedad y la familia, la valoración y retribución social del trabajo, la asignación exclusiva de la crianza a las mujeres, el desarrollo de tecnología anticonceptiva de uso exclusivo para el sexo femenino, la capacidad de decidir, planear y disfrutar la vida, y por supuesto, en la sexualidad.

2. La sexualidad.

La sexualidad es parte de la identidad personal, pues todos los seres humanos tienen un conjunto de creencias e ideas de sí mismos como seres sexuados y acerca de cómo deben conducirse, además, es un fenómeno multidimensional, porque involucra aspectos biológicos, económicos, políticos, sociales y culturales. Dado el objeto de estudio de nuestra investigación, entendemos la sexualidad como un dominio de relaciones de poder en la pareja, y las desigualdades existentes en este dominio, como la expresión de las identidades de género culturalmente definidas. Así:

...La sexualidad es un complejo cultural históricamente determinado consistente en relaciones sociales, instituciones sociales, y políticas así como en concepciones del mundo, que define la identidad básica de los sujetos.

En los particulares la sexualidad está constituida por sus formas de actuar, de comportarse, de pensar y de sentir, así como por capacidades intelectuales, afectivas y vitales asociadas al sexo. La sexualidad consiste también en los papeles, las funciones y las actividades económicas y sociales asignadas con base en el sexo a los grupos sociales y a los individuos en el trabajo, en el erotismo, en el arte, en la política y en todas las experiencias humanas; consiste asimismo en el acceso y en la posesión de saberes, lenguajes, conocimientos y creencias específicos; implica rangos y prestigio y posiciones en relación al poder. (Lagarde, 1997:166)

En relación con lo anterior, hay que destacar que la organización social que determinada sociedad adopta, es resultado de las relaciones múltiples y complejas entre sus actores, de allí que construyan sus propios modelos de sexualidad permitida, restringida y prohibida, sin embargo, cuando en los órdenes sociales como el mexicano prevalece la supremacía de un género sobre el otro, en este caso el masculino, cada sujeto accederá a diversos recursos valorados diferencialmente⁹.

⁹ ... "Por el sólo hecho de haber nacido hombre o mujer, cada sujeto queda inserto diferencialmente en la estratificación social que define niveles de poder y de dominio; tal inserción constituye su determinación política en tanto que delimita con bastante rigidez los ámbitos de las relaciones de cada sujeto y las formas que pueden tomar las interacciones en que les es dado involucrarse"... (Cazés, 2001:345).

Influencia de las relaciones de poder entre hombres y mujeres en la incidencia de CaCu.

Para Lagarde (1997) el patriarcado¹⁰ es uno de los espacios históricos del poder masculino, asentado en las más diversas formaciones sociales y manifiesto en todas las formas políticas, económicas y sociales; de acuerdo con esta tesis, los grupos sociales sujetos al poder patriarcal se definen en torno a características genéricas de preferencia erótica, de edad, de salud, y de plenitud vital y por ello son oprimidos de manera patriarcal quienes tanto en las relaciones privadas como en las públicas dependen de tal poder.

Según Cazés (2001) para las sociedades patriarcales contemporáneas, el modelo dominante se basa en los principios de la exclusividad, la diferencia, la legitimidad y la finalidad, lo que deriva de ello es una sexualidad definida como heterosexual, monógama, con miras a la procreación y sancionada por la ley.

...Así pues, cuando ciertos contenidos concretos de la sexualidad difieran de una sociedad a otra o a través del tiempo en una sola, la característica fundamental del orden genérico prevalece. Para ello, la sexualidad es constantemente reproducida como norma de control de los individuos y de valorización social que da contenido de obligatoriedad y deseabilidad a las relaciones cotidianas. Por eso la sexualidad es simultáneamente instrumento y objetivo del orden genérico...patriarcal o patriarcado... (Cazés, 2001:346).

Este modelo dominante, adquiere un valor distinto para cada género pues “la doble moral sexual” los escinde, haciendo que en el caso de los varones sea permisivo y público, mientras que el que alude a las mujeres sea heterosexual, monógamo, privado y maternal, lo cual da como resultado “mujeres cautivas”, mujeres del patriarcado. De acuerdo con esta teoría, las mujeres son cautivas¹¹

¹⁰ De acuerdo con Lagarde (1997) las características generales del Patriarcado son:

- el antagonismo genérico aunado a la opresión de las mujeres y al dominio de los hombres y de sus intereses, plasmados en relaciones y formas sociales, en concepciones del mundo, normas y lenguajes, en instituciones y en determinadas opciones de vida
- la escisión del género femenino como producto de la enemistad histórica entre las mujeres basada en su competencia por los hombres y por ocupar los espacios de vida que les son destinados a partir de su condición y de su situación
- El machismo basado tanto en el poder masculino...como en la interiorización y en la discriminación de las mujeres..., y en la exaltación de la virilidad opresora y de la femineidad opresiva, constituidos en deberes e identidades compulsivos e ineludibles.

¹¹ Los elementos que estructuran las posibilidades de vida de las cautivas del patriarcado son: renuncia, entrega, subordinación y obediencia como definición política; impotencia aprendida que impide aplicar la energía vital y la creatividad a sí mismas; la espera y la fe como actitudes, formas de aprehender la

por carecer de autonomía, de independencia, de gobierno sobre sí mismas, de la capacidad de decidir y de la posibilidad de escoger, de esta manera, las mujeres se constituyen en seres-para-los-otros porque su cuerpo está entregado a los demás (Basaglia, 1983:36). Así, a través de la condición biológica de la reproducción, la mujer es objeto de todo un conjunto de normas, regulaciones y acciones para administrarla y con ello proteger ciertos sistemas de organización social. Esa pretendida "asexualidad" de las mujeres es una constante de la ideología patriarcal, pues su forma de saber debe manifestarse como un "no saber".

En esta situación, los modos de ser de las mujeres son cautiverios¹² caracterizados por la expropiación de sus cuerpos, su sexualidad y su subjetividad; la no-conciencia y la no-voluntad al definir el sentido de sus vidas; el no protagonismo en la definición de su propio ser; su sujeción a los poderes encarnados por hombres e instituciones, y *la subalteridad total de su ser*. (Cazés, 2001:349).

En el caso de los varones, la sexualidad, puede ser analizada como un ejercicio de poder, y ser referida a una masculinidad obsesiva, fragilizada por la necesidad permanente de ser demostrada socialmente, que implica además la violencia contra las mujeres, los niños, contra otros hombres y contra ellos mismos (Kaufman, 1989).

realidad y bases de la subjetividad; la dependencia vital respecto de los hombres; la negación social del trabajo y la creatividad femeninas como cualidades humanas; una sexualidad erótica y una vida reproductora organizadas en torno a un cuerpo erótico para otros, opción negativa, que genera la servidumbre erótica de las mujeres; una sexualidad maternal y una vida reproductora organizada en torno al cuerpo procreador de otros que define una opción positiva de vida y, finalmente, el cuerpo en que se asienta una vida organizada en torno a la sexualidad.

¹² A partir de una teorización sobre la relación entre condición de la mujer y situaciones específicas de vida de las mujeres, Lagarde (1997) ha establecido una tipología antropológica en que se agrupan social y culturalmente las mujeres en cinco estereotipos que conforman sus círculos particulares de vida "sus cautiverios": madresposas, monjas, las putas, las locas y las feministas.

Influencia de las relaciones de poder entre hombres y mujeres en la incidencia de CaCu.

Por su parte, Horowitz y Kaufman (1989) plantean que la sexualidad masculina es atravesada por conflictos y tensiones relacionados con el miedo a la homosexualidad y la cosificación de las mujeres. Kimmel (1999) sugiere que el temor que los hombres sienten unos de otros en el proceso de construcción de su identidad de género, en su permanente búsqueda de no ser homosexuales, limitaría el desarrollo de personalidades solidarias.

De todo lo anterior se desprende que, la sexualidad como fenómeno multidimensional, se expresa en el plano de las relaciones intergenéricas en conductas, saberes, conocimientos, creencias, lenguajes, rangos y prestigios que regulan las formas de pensar, de sentir y de actuar de hombres y mujeres, y que se expresan en las relaciones de poder desiguales que ocurren, en el patriarcado, entre ambos géneros. En este sentido, el modelo patriarcal asigna a los varones un papel sexual activo y violento y, a las mujeres, un rol pasivo asociado con una supuesta "asexualidad". De allí la importancia de analizar estos procesos, sobre todo su expresión particular en el cuerpo.

3. El cuerpo y las relaciones de poder.

Como ya hemos dicho, la base biológica de la sexualidad, es el cuerpo, la forma física de existencia del ser humano. A partir de este cuerpo¹³ podemos conocer nuestro entorno, transformarlo y relacionarnos con otros seres humanos, es por ello que el cuerpo es al mismo tiempo que social, cultural y biológico. Es biológico porque cada uno de sus órganos se consideran elementos de un orden, es cultural porque es fuente creadora de símbolos y centro articulador de los mismos y es social porque a través de él se adquiere y se desarrolla "la identidad sexual – genérica". Tales características biosocioculturales imprimen un sello ambiguo atravesado por el poder:

Influencia de las relaciones de poder entre hombres y mujeres en la incidencia de CaCu.

...En tanto que esta sociedad se caracteriza por la desigualdad, la dominación y la explotación, el cuerpo no es un espacio neutral; por el contrario, se convierte en campo de expresión de lo político y, por ende, del poder. En él se sintetiza la lógica del poder: el cuerpo se concibe y se vive de acuerdo a la posición que su poseedor ocupa en el entramado social, por lo que se convierte en receptor y vehículo del poder de acuerdo con dicha posición... (Foucault, 1984: 32)

Un primer supuesto, en este estudio es que, el poder es una fuerza que se expresa entre otros, en el dominio de la sexualidad como un precepto que intenta controlar el cuerpo. Considerando las desigualdades entre los géneros, se podría decir que lo que se pretende controlar es el cuerpo de la mujer¹⁴, no obstante, en la mujer puede haber resistencia, incluso puede tener poder sobre ciertas áreas, pues el poder no sólo se impone, sino que produce verdad, en otros términos, produce una cierta manera de ver el mundo, una determinada mentalidad que hace que crezca y se reproduzca una determinada relación de poder:

...El poder femenino pertenece al género, al grupo social de las mujeres. Cada mujer desarrolla de manera diferencial, como todos los oprimidos, el potencial de poder surgido de lo que da al opresor.

Así, bajo la dominación, los oprimidos son poderosos porque tienen aquello de lo cual carece, a la vez que necesita, quien tiene atributos considerados esencia del poder.

El poder de las mujeres emana de la valoración social y cultural de su cuerpo y de su sexualidad...

Cuerpo y sexualidad sobrevalorados, son ejes sobre los que se estructura su condición genérica y la opresión. Son los principios que las mantienen en la dependencia y son también los espacios en los cuales se funda y se desarrolla la opresión que totaliza sus vidas, como grupo social y como particulares. Por esto, al mismo tiempo cuerpo y sexualidad son sus instrumentos y sus espacios de poder, porque están a disposición de la sociedad y de la historia, en la forma en que casa sociedad ha necesitado y decidido que sea.(Lagarde, 1997:199,200)

Seguimos, en esto, los planteamientos de Foucault (1984:78) quien señala: "El poder no es una institución y no es una estructura, no es cierta potencia de la

¹³ De acuerdo con Lagarde (1997) la mujer vive el mundo desde su cuerpo. El hombre también, pero para el hombre su vida no es su cuerpo y para la mujer la vida se despliega en torno a un ciclo de vida profundamente corporal.

¹⁴ El cuerpo femenino en su fase reproductiva es valioso pues la sociedad le confiere cierto poder. Esto no significa que el cuerpo femenino tenga en sí mismo tal poder, sino que las sociedades se lo otorgan. Encontrar las formas para controlar la capacidad reproductiva de las mujeres ha sido un desafío constante a través de culturas y periodos históricos, y para lograrlo se ha hecho necesario controlar también la sexualidad de las mujeres. Amuchástegui (2000)

Influencia de las relaciones de poder entre hombres y mujeres en la incidencia de CaCu.

que algunos estarían dotados: es el nombre que se presta a una situación estratégica compleja en una sociedad dada”.

Desde esta perspectiva, el poder no es algo que se adquiera, el poder es la resultante del juego de relaciones sociales de fuerza, presentes en un dominio dado. Esto implica entender el poder en términos relacionales: una situación de poder determinado es la resultante del equilibrio (o desequilibrio) alcanzado en la relación de dos o más personas, agentes, instituciones, con fuerzas desiguales. De allí que las relaciones de poder no son sólo relaciones negativas o de represión, pues de acuerdo con Foucault (1984) el poder “produce cosas, induce placer, forma saber, produce discursos”.

En la perspectiva conceptual que orienta este trabajo concebimos las relaciones de poder en la sexualidad como la resultante de las diversas relaciones de fuerza que se dan en el dominio de la vida sexual y reproductiva de una pareja. Estas relaciones pueden ser más jerárquicas o más igualitarias. Serán más jerárquicas cuando el principio dominante sea la imposición de un@ de los miembr@s de la pareja sobre las acciones del otr@ miembr@ y será más igualitaria cuando las acciones se definan en conjunto, negociando y participando como pares equivalentes.

La forma específica de relación que adopte una pareja en particular dependerá luego entonces de la interacción entre dos personas, una mujer y un hombre, cada un@ con un particular contexto sociohistórico construido en el marco de una cultura que les ofrece distintos modelos para identificarse.

4. Cuerpo y sexualidad en el hogar.

El cuerpo es el instrumento por medio del cual podemos relacionarnos con otras personas, transformar nuestro entorno, en un sentido más amplio es la forma física de existencia del ser humano. Tal existencia puede tener un espacio público o un espacio, hasta cierto punto, privado como el hogar. Es en éste donde el ser humano se hace social, donde se educa a partir de una herencia y una reproducción cultural, se forma la identidad de género de acuerdo al sexo y se regula la sexualidad. El hogar es el lugar en el que se dan y se desarrollan las relaciones ínter genéricas.

Para Palacios (2005) el hogar es la organización social que se estructura a partir de redes de relaciones que establecen los individuos entre sí, estén emparentados o no, para compartir una residencia y organizar de manera conjunta, en armonía o en conflicto, las diversas actividades que favorecen el mantenimiento, reposición y reproducción de la vida humana.

Desde esta perspectiva, el hogar constituye un espacio en el que se reúnen y reparten los recursos que satisfacen las necesidades básicas de sus integrantes, lo que implica la definición de obligaciones, responsabilidades y derechos de los miembros, de acuerdo con su edad, sexo y parentesco. Asimismo, es el ámbito en el que los géneros y las generaciones establecen vínculos de poder y autoridad, construyen lazos de solidaridad, enfrentan y resuelven conflictos, y llevan a cabo interacciones de naturaleza íntima e intensa.

Por lo tanto, esta organización social donde el cuerpo encuentra elementos para existir, satisfacer necesidades, cumplir obligaciones y responsabilidades, crear y recrear identidades de género, construir y regular sexualidades, se ha convertido en el espacio-cómplice de docilización y reproducción del cuerpo, es el hogar el lugar donde se evidencia que los cuerpos no son productos biológicos, pues es precisamente ahí donde se ponen grandes esfuerzos para

Influencia de las relaciones de poder entre hombres y mujeres en la incidencia de CaCu.

convertir a los cuerpos en cuerpos sexuados, eficaces para sus objetivos, programándolos y desprogramándolos de acuerdo a su sexo:

...En esos cuerpos sexuados se construyen habilidades físicas y subjetivas, destrezas, maneras de hacer las cosas, deseos, deberes, y prohibiciones, maneras de pensar, de sentir, y diversas maneras de ser asociadas a posiciones políticas... (Lagarde, 1997:399)

Es por ello, que cada cuerpo debe ser disciplinado para los fines sociales que la persona hará suyos, cumpliendo de esta manera con los deberes corporales genéricos; siendo virginal, marital y maternal en el caso de las mujeres; mientras que lo necesario y lo deseable del comportamiento sexual masculino se determina por un cuerpo fuerte, agresivo, violento y promiscuo. Hay que advertir en este sentido que si l@s individu@s no cumplen con sus deberes corporales, vivirán conflictos y problemas, pero si los asimilan, tampoco es seguro que no los tengan.

Recapitulando tenemos que, los cuerpos y la sexualidad han sido dotados de ricos e importantes significados, no obstante los significados que damos al cuerpo y a la sexualidad están socialmente organizados, de allí la importancia que adquiere el hogar como el lugar primero donde se enseña, se aprende, se internaliza, se actúa, se rehúsa y se cumple o no con los deberes corporales genéricos.

5. El CaCu desde una perspectiva sociocultural: dimensiones involucradas.

Hasta aquí, hemos esbozado algunos de los argumentos teóricos que dan soporte a nuestra investigación, a través de los cuales pretendemos abordar y profundizar en los aspectos que han sido poco considerados. Para ello distinguimos tres dimensiones fundamentales en el desarrollo del CaCu y señalamos las variables más relevantes que, de acuerdo con nuestra óptica, todo científico social debe manejar para analizar este problema. Dentro de estas dimensiones privilegiamos la social.

Teniendo como referente este panorama, definimos el Cáncer Cérvico Uterino como un proceso biosociocultural en el que se ven involucrados una mujer y un hombre; y que a través de manifestaciones de tipo biológico, en la mujer, se evidencian asimetrías en las formas de vivir y pensar la sexualidad entre ambos géneros, teniendo como consecuencia la enfermedad y la muerte de la mujer.

5.1 La dimensión biológica.

Como explicamos con antelación, el CaCu es causado biológicamente por una enfermedad de transmisión sexual (VPH), pero consideramos necesario redefinir lo que es una Enfermedad de Transmisión Sexual.

En este sentido, entendemos que cualquier enfermedad de transmisión sexual es el resultado de la conducta sexual entre dos personas, una mujer y un hombre, cada un@ con un cuerpo biológico diferente, así como con un particular contexto sociocultural construido en el marco de una sociedad que les ofrece distintos modelos para identificarse.

Definimos en este sentido, las Enfermedades de Transmisión Sexual como *la expresión biológica de la interacción social intergenérica, disfuncional o antagónica producto de la actividad sexual íntima. Por lo tanto, la manera en*

Influencia de las relaciones de poder entre hombres y mujeres en la incidencia de CaCu.

cómo vive su sexualidad, hombre y mujer, o hombre y hombre y mujer y mujer, puede o no, hacerlos más vulnerables para contraer una ETS.

De lo anterior se desprende que, el Cáncer Cérvico Uterino consistirá en el desarrollo biológico de una Enfermedad de Transmisión Sexual, consecuencia del acceso y la posesión de saberes, toma de decisiones, lenguajes, conocimientos y creencias específicas sobre el cuerpo femenino y masculino que hombres y mujeres guarden con respecto a su propio cuerpo y al opuesto.

En esta primera dimensión los aspectos más relevantes para analizar el problema comprenden la *historia sexual femenina, el contacto con la asistencia médica ginecológica, los hábitos nocivos de salud de la mujer, la historia sexual masculina (desde la perspectiva femenina), la vivencia de la enfermedad y las repercusiones de la enfermedad en la vida sexual de la pareja*. Dentro del primer factor consideramos indicadores tales como, la edad de la primera relación sexual, el número de compañeros sexuales, el tipo de higiene, y la presencia de infecciones vaginales; dentro del segundo tomamos en cuenta la edad en la que visitan por primera vez al ginecólogo, la edad en la que se realizan su primer papanicolau, y la opinión que guardan ellas con respecto al ginecólogo(a) y al servicio del hospital en general.

Nombramos *hábitos nocivos* para la salud de la mujer, al tabaquismo, alcoholismo, el consumo de drogas como la marihuana, cocaína y el estrés. En cuanto a la *historia sexual masculina*, el uso o no de condón, el haber contraído con anterioridad una ETS y la circuncisión de su pene serán los indicadores a considerar.

Con el factor *vivencia de la enfermedad*, se pretende analizar qué hicieron al enterarse de su enfermedad, si probaron algún tratamiento antes de acudir con el ginecólogo, y si aprueban o rechazan las recomendaciones del mismo,

también se analiza la opinión de la pareja. Finalmente, pretendemos evaluar si la enfermedad repercute en la vida sexual de la pareja.

5.2 La dimensión social.

Por el sólo hecho de ser hombre o mujer se ocupan posiciones sociales y políticas, esto quiere decir que las sociedades crean formas de coerción social, instituciones y mecanismos de vigilancia del cumplimiento de los mandatos, y crean culturalmente sistemas explicativos sobre la naturalidad del mundo. La organización genérica es una construcción social basada en marcas corporales, lo particular de dicha organización es que su cimiento es el sexo y se concreta en la construcción de la sexualidad, es decir, en el conjunto de hechos históricos que los sujetos producen definidos sexualmente.

Es así como social y culturalmente se reconocen dos tipos de cuerpos diferenciados, uno femenino y uno masculino, y sobre ellos se construyen dos modos de vida, dos tipos de sujetos de género, el hombre y la mujer, y dos modos de ser y de existir, uno para las mujeres y otro para los hombres. Sin embargo, el modelo de sexualidad que domina nuestra conciencia social es el masculino, es el del hombre como agente sexual activo. Por lo tanto, el hecho de que los cuerpos sean diferentes no implica que sean equivalentes pues los modos de ser y de existir de hombres y mujeres se caracterizan por ser profundamente desiguales.

Una de las dimensiones sociales más importantes de la salud está conformada por *las relaciones entre los géneros y la desigualdad social de las mujeres*. Esta relación se expresa, de manera importante, en el Cáncer Cérvico Uterino, y a partir de ésta lógica consideramos que la salud de la mujer está estrechamente relacionada con la construcción cultural de lo femenino y las condiciones sociales de vida consecuentes.

Influencia de las relaciones de poder entre hombres y mujeres en la incidencia de CaCu.

En ese sentido, para explicar la dimensión social de la enfermedad, tenemos que partir de la afirmación de que el cáncer cervicouterino es un problema de relación de pareja, atravesado con factores que tienen que ver con la *vida sexual de la pareja actual, la toma de decisiones antes de la enfermedad y las aspiraciones con respecto a las relaciones sexuales.*

Así, las variables a analizar son las expectativas que la mujer tenía con respecto a su pareja actual, la experiencia de la primera relación sexual, la negociación desigual de los encuentros sexuales, la satisfacción e insatisfacción con la vida sexual presente, la negociación desigual en el uso de anticonceptivos, la tolerancia de las mujeres a la infidelidad del marido, (la doble moral sexual), asimismo, consideramos relevante abordar el tipo ideal de relación sexual que las mujeres anhelan tener.

Por lo anterior, consideramos que el CaCu más que un proceso exclusivamente biológico alude a un proceso biosociocultural, en el cual se encuentran involucrados una serie de factores que comprenden tanto al varón como a la mujer, y que intervienen en las concepciones del cuerpo, la sexualidad y las relaciones de poder que se dan dentro de la pareja, particularmente lo referente a sus relaciones asimétricas. Más aún planteamos que estas desigualdades se expresan en construcciones diferenciales respecto a los significados del cuerpo y la sexualidad. Así, a través de manifestaciones de tipo biológico se evidencia una forma de vivir y pensar la sexualidad, mal llevada entre los géneros, que tiene como consecuencia la enfermedad y la muerte.

5.3 La dimensión cultural.

Como se ha explicado anteriormente, la sexualidad es una construcción sociocultural, una invención histórica que se basa, por supuesto, en las posibilidades del cuerpo, pero cuyos significados y el peso que a ellos atribuimos, están conformados por situaciones sociales concretas. Más aún, nuestros comportamientos, identidades, creencias, definiciones y convenciones

Influencia de las relaciones de poder entre hombres y mujeres en la incidencia de CaCu.

sexuales han sido moldeadas en medio de relaciones de poder. Es por ello que los códigos e identidades sexuales que damos por hecho, que nos parecen inevitables e incluso “naturales”, han sido frecuentemente forjados en este complejo proceso de definición y autodefinition.

De lo anterior se desprende que, el significado que hombres y mujeres desarrollan con respecto al cuerpo y a la sexualidad, está condicionado en gran medida por su procedencia histórica y cultural. Es por ello que los cuerpos están revestidos por nuestras historias individuales y colectivas.

En este sentido, dentro de la dimensión cultural existen una serie de variables que tienen como objeto evidenciar los saberes y creencias subjetivas sobre la sexualidad y el cuerpo. Así, la concepción y el significado que cada mujer atribuye a su cuerpo (a la vagina, al pene), al inicio de la vida sexual, a las enfermedades de transmisión sexual, a su atención y prevención, a las fuentes del conocimiento que consultan y, por su puesto, al significado que otorgan a la mujer enferma de cáncer cervicouterino, se encuentran permeadas por saberes y creencias, convirtiéndose así, en un conocimiento transgeneracional regulado por normas que doscilizan al cuerpo y a su sexualidad de acuerdo con el género.

A la luz de lo mencionado, el Cáncer Cérvico Uterino se configura en la intersección de lo microsocioal (la subjetividad de hombres y mujeres) y lo macrosocioal (el espacio sociohistorico). De allí que, propongamos abordar el CaCu desde un punto de vista integral, en el cual se incluyen dimensiones sociales, culturales y biológicas que tienen como fin evidenciar los comportamientos individuales y colectivos que desencadenan la enfermedad. (Cuadro 5). En estos distintos procesos las relaciones de poder son determinantes.

Cuadro 5.
Dimensiones, categorías y variables involucradas en el surgimiento del Cáncer
Cérvico Uterino

		CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
DIMENSIONES	BIOLOGICA	Historia sexual femenina	Edad de la primera relación sexual Número de compañeros sexuales Tipo de higiene Presencia de infecciones vaginales
		Contacto con la asistencia médica ginecológica	Edad en la que se realizan su primer papanicolau, Opinión que guarda con respecto al ginecólogo(a) y al servicio del hospital en general.
		Hábitos nocivos de salud de la mujer	Tabaquismo, alcoholismo, consumo de drogas, (marihuana, cocaína) estrés.
		Historia sexual masculina (desde la perspectiva femenina)	Uso del condón, El haber contraído con anterioridad una ETS Circuncisión del pene
		Vivencia de la enfermedad	Qué hacen al enterarse de su enfermedad, Tratamientos alternativos antes de acudir con el ginecólogo, Aprobación o reprobación de las recomendaciones del ginecólogo Opinión de la pareja.
	Repercusiones de la enfermedad en la vida sexual de la pareja	Frecuencia y Satisfacción de las relaciones sexuales	
	SOCIAL	Vida sexual con la pareja actual	Expectativas sobre la pareja Experiencia de la primera relación sexual con su pareja
		Toma de decisiones antes de la enfermedad	Negociación de encuentros sexuales, satisfacción e insatisfacción con la vida sexual Negociación del uso de anticonceptivos Tolerancia de las mujeres a la infidelidad del marido, (la doble moral sexual) Ejercicio de violencia física y verbal por parte del varón.
		Aspiraciones	Tipo ideal de relación sexual
	CULTURAL	Concepciones y significados	El cuerpo femenino y masculino La vida sexual Las ETS La mujer enferma de CaCu

Fuente: Elaboración propia, basada en el marco conceptual propuesto.

Capítulo III: Descripción de la muestra.

1. Universo de estudio.

Esta investigación implicó, la revisión de expedientes clínicos, del área de displasias del Hospital General de San Juan del Río, Querétaro, durante los meses de agosto a diciembre de 2005. Se revisaron aproximadamente 1000 expedientes de pacientes que de junio de 2000 a diciembre de 2005 acudieron a consulta ginecológica. Para construir la muestra, excluimos a todas aquellas mujeres en las que el diagnóstico no correspondiera a virus del papiloma humano, displasia en sus tres modalidades o cáncer in situ, microinvasor e invasor. Por el contrario, incluimos a todas aquellas mujeres que sufrieran dichos padecimientos, conformando un total de 344 casos.

Una vez que se extrajo de cada expediente las variables sociales y biológicas¹⁵ que fueron contempladas por los médicos, como el lugar de procedencia, edad, escolaridad, estado civil, ocupación de ella como de su pareja, edad de la primera relación sexual, la frecuencia con la que acudían al ginecólogo y por supuesto, el tipo de lesión que presentaban; se procedió a analizar los resultados en el sistema SPSS, con base a ello, se conformó una tipología de la mujer enferma. Posteriormente se desprendieron dos bases de datos más, una delimitada por la ocupación, y la otra por el tipo de lesión, esto con la finalidad de revisar las características de la mujer en cada submuestra, lo que finalmente nos ayudaría a seleccionar, de manera intencional, a las y los actores a entrevistar.

Se eligió como contexto de estudio a la segunda ciudad más importante del estado, San Juan del Río, localizada en el municipio de igual nombre, porque nos interesaba una ciudad que presentara, además de polarización en su estructura socioeconómica, cambios culturales originados por movimientos migratorios. El crecimiento poblacional de San Juan del Río ha tenido un

¹⁵ Es importante mencionar que las variables utilizadas corresponden a los datos extraídos textualmente del expediente clínico de cada paciente, y que por tanto, la precisión y alcance de los mismos dependen de la información que ellas dieron al momento de ser entrevistadas por el personal de salubridad.

Influencia de las relaciones de poder entre hombres y mujeres en la incidencia de CaCu.

incremento de un 25% en los últimos 10 años, aunado a ello, se ha caracterizado por mantener a lo largo de las últimas cuatro décadas un gran desarrollo industrial, lo que indica una lógica de crecimiento económico importante¹⁶. A pesar de ello, presenta diversas problemáticas sociales como migración, falta de empleo, crecimiento explosivo e inseguridad, entre otras.

La composición de la población en la que concentramos nuestra mirada, nos muestra una dinámica demográfica crecientemente urbana, pues más de la mitad de los habitantes reside en la cabecera municipal, mientras que el resto, en las 76 localidades que conforman el municipio¹⁷. Hay que hacer notar, en este sentido, que el porcentaje de las mujeres que habitan tanto a nivel municipal como en la cabecera e incluso, en el total de las localidades de San Juan del Río, se mantiene por encima de los varones¹⁸ y de manera general el grueso de la población femenina (61%) se encuentra entre los 15 y los 64 años¹⁹, rango de edades que de acuerdo a la literatura médica es vulnerable para adquirir la enfermedad.

2. Distribución geográfica de las mujeres enfermas.

En la clínica de displasias de donde se obtuvo la información existe una sobredemanda en el volumen de mujeres que solicitan los servicios, pues conforme revisábamos los expedientes, nos encontramos con datos de mujeres oriundas de otros municipios del estado de Querétaro (Amealco, Cadereyta, Tolimán, Pinal de Amoles, San Joaquín, Peñamiller, Colón, Ezequiel Montes, Tequisquiapan, Pedro Escobedo y Corregidora) quienes a pesar de contar con

¹⁶ De acuerdo con el INEGI, la ciudad de San Juan del Río ha sido estratificada en el escaño 6 de acuerdo a sus niveles de bienestar. Esto significa que es una ciudad que cuenta con servicios de calidad que satisfacen las necesidades básicas de su población.

¹⁷ Fuente: INEGI, XI Censo General de Población y Vivienda 2000.

¹⁸ De acuerdo con el CONTEO 2005, realizado por el INEGI, el municipio de San Juan del Río tienen una población total de 208,462 habitantes, de éstos 100,766 son varones y 107,696 son mujeres.

¹⁹ Así el INEGI ha determinado que la edad media para el municipio de San Juan del Río es de 21 años, siendo 22 años para las mujeres y 20 para los hombres.

Influencia de las relaciones de poder entre hombres y mujeres en la incidencia de CaCu.

clínicas más cercanas a su lugar de origen acudían a San Juan del Río²⁰. También hallamos datos de mujeres de otros estados del país (Hidalgo, Estado de México y Michoacán).

El incremento anual en la consulta que éstas mujeres solicitaron nos hizo comprender que, a pesar de que la clínica de displasias no es la única en el estado, sí es muy importante en la zona del centro, semidesierto y sur del estado, en orden decreciente; por tal motivo y a pesar de que no son parte de nuestro universo de estudio, creamos una base de datos con los expedientes de ellas, que sin lugar a dudas nos permitirá tener un panorama general de la enfermedad en el estado.

De acuerdo con la revisión de expedientes efectuada, se conformó una base de datos con 344 casos, entre mujeres diagnosticadas y comprobadas²¹ con algún tipo de lesión, desde Nic II hasta CaCu invasor. Del total de casos 161 (46.6%) correspondieron al municipio de San Juan del Río, 162 (47.0%) son mujeres oriundas de otros municipios del estado de Querétaro, (Amealco, Cadereyta, Tolimán, Pinal de Amoles, San Joaquín, Peñamiller, Colón, Ezequiel Montes, Tequisquiapan, Pedro Escobedo y Corregidora) y finalmente se registraron 22 casos (6.3%) de mujeres pertenecientes a otros estados del país: Hidalgo, Michoacán y el Estado de México (*Véase cuadro 6*).

²⁰ Existen en el estado un total de 6 clínicas de displasias, de éstas tres se concentran en el municipio de Querétaro, y pertenecen a los sistemas ISSTTE, IMSS y SSA; dos más se hallan en San Juan del Río, distribuidas en dos hospitales generales del IMSS y de la SSA, respectivamente, y Jalpan es otro de los municipios que cuenta con una clínica de displasias de salubridad.

²¹ La diferencia entre un caso diagnosticado y uno comprobado, es que el primero se refiere al cuadro de síntomas que presenta la paciente y el segundo es el que ya ha pasado por un procedimiento de laboratorio. Se tomaron en cuenta los casos de mujeres con lesiones diagnosticadas, ya que aparte de ser un punto de referencia para el diseño de la tipología, permiten vislumbrar un panorama más amplio sobre la magnitud de la enfermedad.

Cuadro 6
Muestra total de casos, comprobados y diagnosticados según región.

<i>MUESTRA</i>	<i>No. De Casos</i>	<i>%</i>	<i>Casos diagnosticados</i>	<i>Casos comprobados</i>	<i>Total</i>
Municipio de San Juan del Río	161	46.6	96	65	161
Otros municipios del estado	161	47.0	88	73	161
Otros estados del país	22	6.3	20	2	22
TOTAL	344	100	204	140	344

Fuente: Elaboración propia, basada en expedientes clínicos del área de displasias del Hospital General de San Juan del Río, junio 2000 y diciembre 2005.

Como se aprecia en el tabulado, el volumen de las muestras obtenidas tanto en San Juan del Río como en los otros municipios del estado son semejantes, sin embargo, en San Juan del Río se diagnostican a más mujeres enfermas y se comprueba un número elevado de casos. Esto se relaciona con la calidad de los servicios del municipio.

A pesar de las cifras recopiladas en nuestra muestra, no podemos asegurar que las mujeres registradas sean todas las mujeres enfermas a nivel estatal y mucho menos a nivel municipal, ya que existen diferentes fuentes con cifras muy variables.

Por otro lado, el número de casos registrados en Michoacán, Estado de México e Hidalgo, más que darnos una idea del comportamiento de la enfermedad en las mujeres, sólo nos permite tener un panorama vago sobre las características más generales de éstas.

Una vez delimitados los datos según la región a la que pertenecen las mujeres, conviene ahora contextualizar los distintos panoramas en los que se hallan inmersas de acuerdo con las variables que pretendemos analizar. Para ello, exponemos primero las características de las mujeres provenientes de otros

estados, de distintos municipios del estado de Querétaro y, finalmente, las que corresponden a la mujer sanjuanense.

2.1. Mujeres oriundas de otros estados de la República Mexicana.

Aunque la muestra de mujeres de otros estados de la República Mexicana no es representativa en comparación con las otras dos (municipio de San Juan del Río y otros municipios queretanos) trataremos de interpretar los datos recogidos a fin de no dejar de lado la información de dichas personas.

En este sentido, de los 22 casos encontrados, 14 mujeres son oriundas del Estado de México, 7 de Hidalgo y tan sólo una de Michoacán. Inferimos que acuden a la clínica de displasias de San Juan del Río por la cercanía que la ciudad guarda con respecto a esos estados, pues desconocemos la situación de su contexto.

La edad promedio fue 45 años, siendo la mínima 24 y 72 la máxima. El cincuenta por ciento no refiere estado civil, en las restantes hayamos seis casadas, dos viudas y dos en unión libre respectivamente y tan sólo una soltera. La misma desinformación encontramos en la variable nivel de escolaridad (*ver cuadro 7*), sin embargo, es importante destacar que el grado de estudios es muy bajo, pues la secundaria es el nivel de escolaridad más alto que presentan estas mujeres; asimismo, las labores del hogar son una constante importante en la ocupación que desempeñan.

En cuanto al comportamiento sexual, encontramos que siendo menores de edad tuvieron su primer encuentro sexual, asimismo la monogamia está presente en más de la mitad de la muestra, es decir, en catorce de las 22 mujeres; lo paradójico de ello, es que observamos un mayor número de lesiones en aquéllas mujeres que tan solo han tenido un compañero sexual a lo largo de toda su vida, sin embargo es importante mencionar que son lesiones

Influencia de las relaciones de poder entre hombres y mujeres en la incidencia de CaCu.

de menor importancia; (Véase cuadro 8). Así encontramos catorce casos de displasia leve, tres de moderada, dos grave y tres casos de mujeres con cáncer in situ; ningún caso presentó cacu micro o invasor.

Cuadro 7
Grado de escolaridad según ocupación.

NIVEL DE ESCOLARIDAD	OCUPACIÓN				TOTAL
	S R ²²	Hogar	Empleada	Empleada doméstica	
Sin referencia	3	9			12
Analfabeta		1			1
1 – 3 años de primaria			1	1	2
Primaria completa		5			5
Secundaria completa		2			2
TOTAL	3	17	1	1	22

Fuente: Elaboración propia, basada en expedientes clínicos del área de displasias del Hospital General de San Juan del Río, junio 2000 - diciembre 2005.

Cuadro 8
Tipo de lesión según el número de compañeros sexuales.

TIPO DE LESIÓN	NUMERO DE COMPAÑEROS SEXUALES				TOTAL
	Sin referencia (SR)	1	2	3	
NIC I	2	9	2	1	14
NIC II	1	2			3
NIC III	1	1			2
CaCu insitu	1	2			3
TOTAL	5	14	2	1	22

Fuente: Elaboración propia, basada en expedientes clínicos del área de displasias del Hospital General de San Juan del Río, junio 2000 - diciembre 2005.

²² A partir de aquí utilizaremos la abreviación SR (SIN REFERENCIA) para hacer mención a todos aquellos datos que no se encontraron en los expedientes.

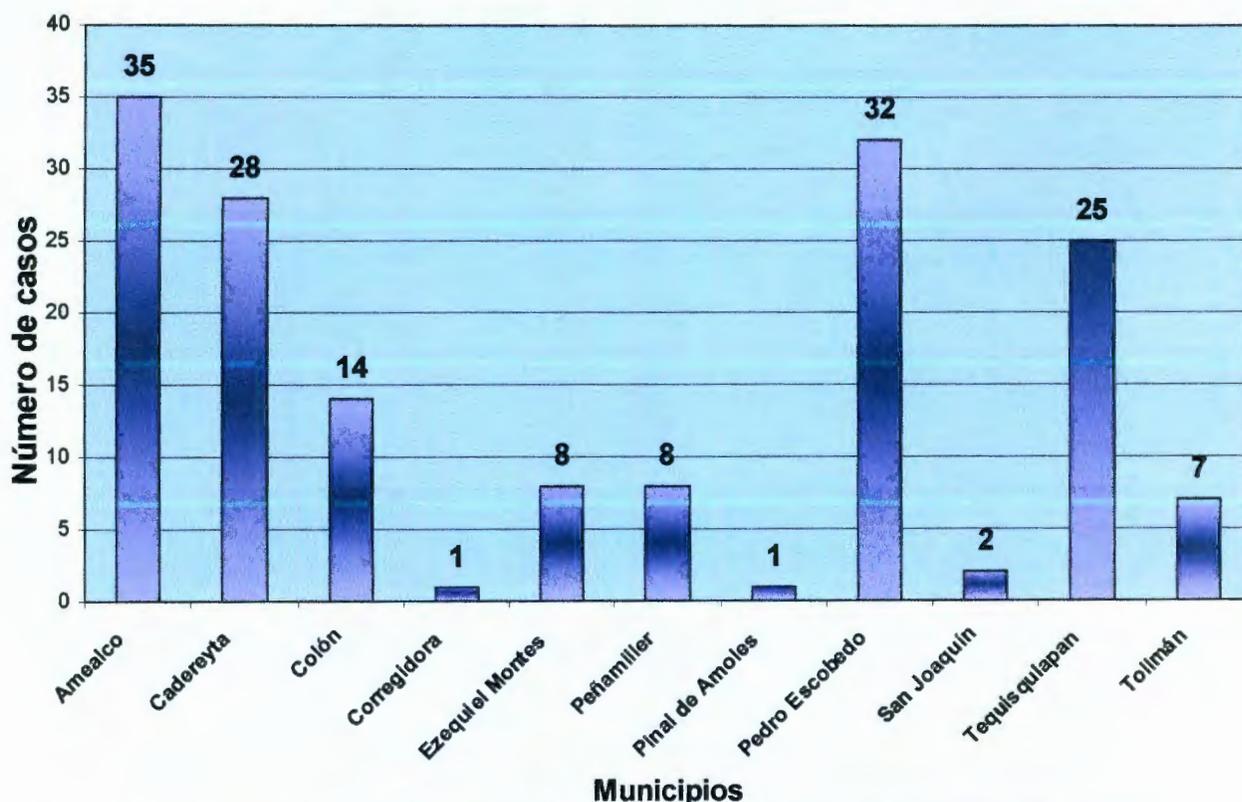
Influencia de las relaciones de poder entre hombres y mujeres en la incidencia de CaCu.

Hasta aquí hemos descrito de manera muy escueta a las mujeres oriundas de otros estados de la República Mexicana. Como el número de casos no nos permite inferir características generales de las mujeres interpretaremos, en el siguiente apartado, los datos arrojados para las mujeres de los municipios del estado de Querétaro.

2.2. La enfermedad en once municipios del estado de Querétaro.

A la luz de los expedientes analizados, doce de los dieciocho municipios que conforman el estado son representativos de la enfermedad (*Véase gráfica 2*); entre éstos se encuentran Amealco con 35 casos (21.6%), le sigue Pedro Escobedo con 32 (19.7%), Cadereyta con 28 (17.2%), Tequisquiapan con 25 (15.4%), Colón con 14 (8.6%), Ezequiel Montes y Peñamiller con 8 (4.9%), Tolimán con 7 casos (4.3%), San Joaquín con 2 (1.2%) y finalmente Corregidora y Pinal de Amoles con 1 (0.6%), haciendo un total de 161 entre casos diagnosticados y comprobados.

Gráfica 2
Frecuencia de casos en once municipios del estado de Querétaro.



Fuente: Elaboración propia, basada en expedientes clínicos del área de displasias del Hospital General de San Juan del Río, junio 2000 - diciembre 2005.

Es importante destacar por un lado, la heterogeneidad existente entre los municipios, pues de acuerdo a los siete niveles de bienestar estratificados por el INEGI para el Censo del 2000²³, nuestra muestra abarca seis de éstos, (véase *mapa 1*). Así tenemos que Pinal de Amoles se halla en el escaño 1, es decir con un mínimo grado de bienestar, le sigue en el segundo nivel Peñamiller y San Joaquín, en el tercero se encuentran Tolimán, Cadereyta y Amealco, la cuarta posición la ocupan Colón, Ezequiel Montes y Pedro Escobedo, Tequisquiapan se ubica en el quinto lugar y Corregidora y San Juan del Río en el sexto nivel de bienestar.

²³ El INEGI hace una clasificación de niveles de bienestar basándose en una serie de indicadores (aspectos demográficos, educación, ocupación, vivienda, urbanización, índice total de nivel socioeconómico y salud) en la que el 1 es el más bajo, y 7 el más alto.

Influencia de las relaciones de poder entre hombres y mujeres en la incidencia de CaCu.

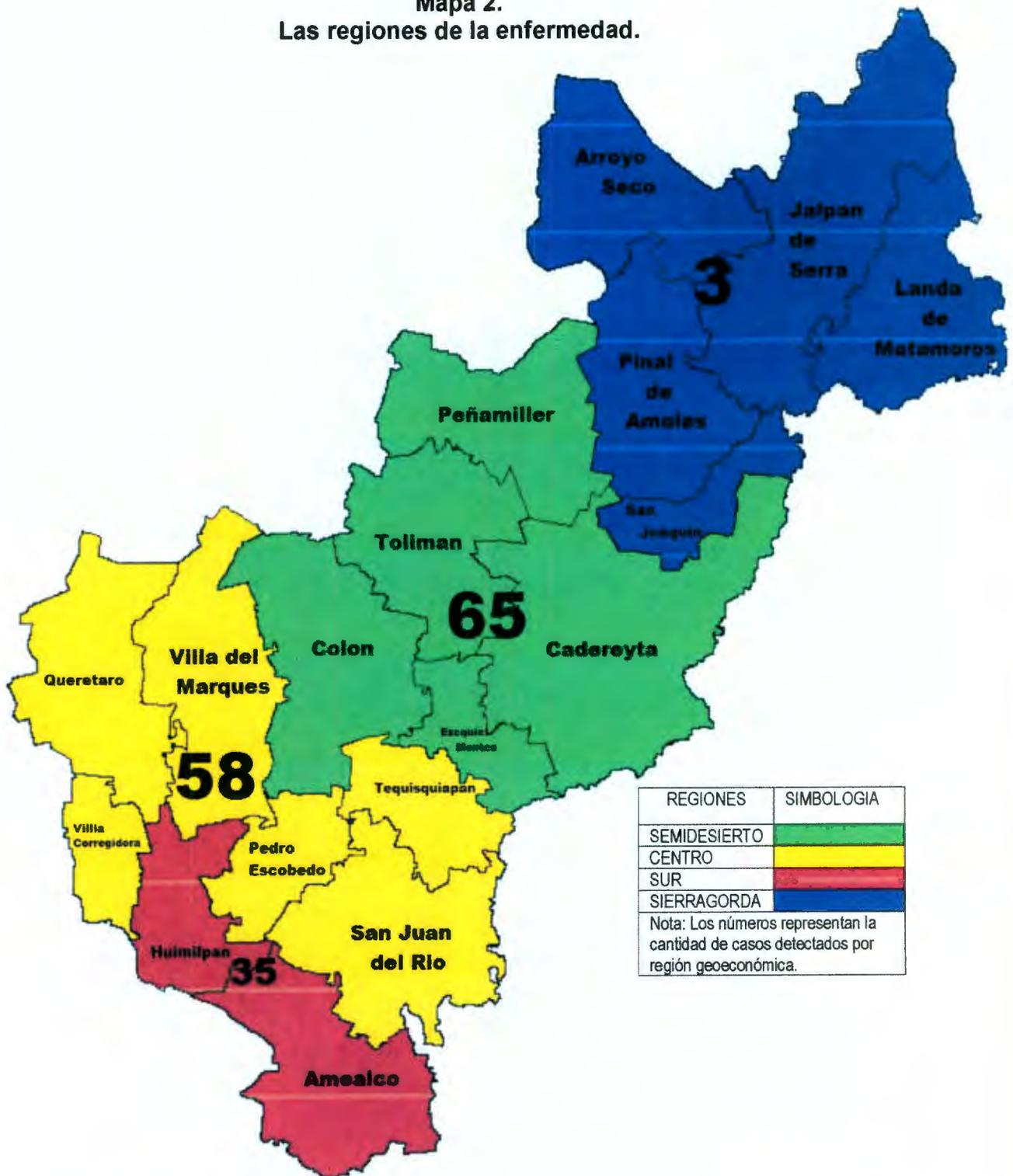
A diferencia de lo que se podría pensar, son los municipios con niveles de bienestar medios y altos, los que poseen los mayores totales de casos de mujeres enfermas con algún tipo de lesión (con excepción de Corregidora).

Esta tendencia se ratifica al considerar las cuatro regiones geoeconómicas en que se encuentra dividido el estado.²⁴ Según esta clasificación y de acuerdo con los once municipios que consideramos en este apartado, (Véase mapa 2), encontramos que en la zona de la *Sierra Gorda* que incluye a los municipios de **Pinal de Amoles, San Joaquín, Jalpan de Serra, Arroyo Seco y Landa de Matamoros**, sólo se concentran tres casos, esto es comprensible por la lejanía de estos lugares respecto a las clínicas de displasias, aunado a que es la región que presenta los mayores índices de pobreza y marginación en el estado y los menores en concentración poblacional.

Por su parte, la *región semidesierto* conformada por los municipios de **Cadereyta de Montes, Colón, Ezequiel Montes, Peñamiller y Tolimán**, concentra un total de 65 casos, mismos que es posible asociar, por un lado, con la presencia de pequeños núcleos de población indígena, la escasez de servicios de salud eficientes en los que se les brinde la información, el trato adecuado y el seguimiento correspondiente a las mujeres y, por otro lado, el intenso proceso de expulsión de mano de obra, principalmente masculina, debido a las escasas oportunidades laborales y las complejas condiciones ambientales.

²⁴ La regionalización que usamos es tomada de la propuesta por Bohórquez et/al. (2003) quién se basa en criterios geográficos, históricos, económicos, sociales y culturales para su diseño. En negritas resaltaremos a los municipios representativos de nuestra muestra.

Mapa 2.
Las regiones de la enfermedad.



Fuente: Elaboración propia, basada en expedientes clínicos del área de displasias del Hospital General de San Juan del Río, junio 2000, diciembre 2005.

Influencia de las relaciones de poder entre hombres y mujeres en la incidencia de CaCu.

La *región sur* incluye Huimilpan y **Amealco**. En éste último se registraron 35 casos, los cuales se explican no sólo por la cercanía del municipio Amealcense con la ciudad de San Juan del Río, sino que desde el punto de vista socioeconómico se trata de una zona relativamente marginada con un nivel medio de bienestar, circunstancia que se conjuga con la presencia del mayor porcentaje de población indígena del estado.

Finalmente, la *región centro* que comprende los municipios de **Corregidora**, El Marqués, **Pedro Escobedo**, San Juan del Río²⁵, **Tequisquiapan** y la capital del estado, agrupa un total de 58 casos, cantidad que bien se podría justificar porque dicha región concentra más de las tres cuartas partes de la población del estado, sin embargo es precisamente ahí donde, debido a sus altos índices de urbanización, prevalece en mayor medida la existencia y equipamiento de servicios públicos y asistenciales.

Con lo anterior no queremos afirmar que en los municipios donde no se registró ningún caso (Huimilpan, El Marqués, Querétaro capital, Arroyo Seco, Landa de Matamoros y Jalpan de Serra) sea nula la presencia de CaCu o de algún tipo de lesión precancerígena, sino que posiblemente las mujeres no han asistido a su clínica de displasias correspondiente, o quizá acudieron a una más cercana, esto para el caso de los tres primeros.²⁶

Recapitulando, en lo que respecta a nuestra muestra, observamos que no se manifiesta lo argumentado por la literatura médica, pues el CaCu no es precisamente una enfermedad que se asocie de manera exclusiva con los contextos pobres, pues como podemos observar en el mapa 1, son las regiones

²⁵ Aunque el municipio de San Juan del Río forma parte de la región centro, no tomaremos en cuenta los datos encontrados, pues como mencionamos anteriormente, estos los analizaremos por separado.

²⁶ ²⁶ Salubridad cuenta con tres clínicas de displasias, distribuidas en las jurisdicciones I: Querétaro, II: San Juan del Río y IV: Jalpan. El IMSS cuenta con dos clínicas distribuidas en San Juan del Río y Querétaro, y el ISSTTE tiene una clínica de displasias en el municipio de Querétaro.

Influencia de las relaciones de poder entre hombres y mujeres en la incidencia de CaCu.

con niveles de bienestar medios y altos los que concentran mayor número de casos diagnosticados y comprobados.

Entrando más a detalle con la descripción de la muestra, encontramos que la edad mínima del total de las mujeres enfermas de los otros municipios Queretanos fue de 16 años y la máxima 77 años. La media de años, en estas mujeres enfermas, fue de 32.

En cuanto al estado civil, ochenta y ocho de ellas no lo refirieron (54.9%), cincuenta y seis (34.6%) afirmaron estar casadas. Sólo se presentaron siete casos de mujeres que vivían en unión libre, cinco fueron solteras, cuatro viudas y tan sólo una estuvo divorciada. Es decir diez no tuvieron cónyuge.

Respecto a la ocupación, más del cincuenta por ciento (122) se dedica a las labores del hogar, y solamente catorce realizó alguna actividad remunerada como el comercio, la artesanía, o empleándose en el ámbito doméstico. Muy pocas refirieron su nivel de escolaridad, sin embargo la primaria inconclusa fue un rasgo predominante y, en menor grado, concluyeron la primaria, secundaria y preparatoria (*véase cuadro 9*).

En lo concerniente a las variables de comportamiento sexual, recordemos que la literatura médica menciona que el inicio de las relaciones sexuales antes de los 18 años de edad es un factor, (junto con otros como el número de parejas), que coadyuva a la gestación y desarrollo de lesiones pre y cancerosas. Para el caso de las mujeres consideradas en este apartado, encontramos que 82 de ellas (50%), iniciaron su vida sexual antes de los 18 años, así tenemos que la media de edad de la primera relación sexual se situó en los 17.7 años, siendo la mínima de 11 y la máxima de 30. Esta tendencia corresponde con lo encontrado en la literatura médica.

Por otra parte, llama la atención el hecho de que sea precisamente en los grupos de los 15 y 17 años donde se concentra el mayor número de mujeres

Influencia de las relaciones de poder entre hombres y mujeres en la incidencia de CaCu.

(27 y 31 respectivamente) que iniciaron su vida sexual a temprana edad y que han tenido una pareja sexual.

Así tenemos que de los 161 casos, 106 mujeres refirieron haber tenido sólo un compañero, 22 dos compañeros, 20 no refirieron dato, 11 han tenido tres parejas, y dos mujeres tuvieron 5 o más parejas. (Véase cuadro 10).

Cuadro 9
Grado de escolaridad según ocupación.

ESCOLARIDAD	OCUPACIÓN						Total
	(SR)	Hogar	Comerciante	Empleada	Empleada doméstica	Artesana	
SR	22	65		2	2	1	92
Analfabeta	1	12					13
Primaria incompleta	1	22	1	1	1	1	27
Primaria completa	1	13		1	1	1	17
Secundaria		6		2			8
Preparatoria incompleta		3					3
Preparatoria completa		1					1
TOTAL	25	122	1	6	4	3	161

Fuente: Elaboración propia, basada en expedientes clínicos del área de displasias del Hospital General de San Juan del Río, junio 2000- diciembre 2005.

Cuadro 10
Edad de la primera relación sexual de acuerdo al número de compañeros sexuales.

PRIMERA RELACION SEXUAL		NUMERO DE COMPAÑEROS SEXUALES						TOTAL
EDAD	FREC	SR	1	2	3	5	8	
SR	17	16	1					17
11	1			1				1
12	1	1						1
13	1		1					1
14	7		3	2	2			7
15	27		17	7	3			27
16	17		12	4	1			17
17	31	1	23	5	2			31
18	17		15	1	1			17
19	12		10		1		1	12
20	10		8		1	1		10
21	4	1	3					4
22	2		2					2
23	3		2	1				3
24	2	1	1					2
25	5		4	1				5
27	2		2					2
28	1		1					1
30	1		1					1
TOTAL	161	20	106	22	11	1	1	161

Fuente: Elaboración propia, basada en expedientes clínicos del área de displasias del Hospital General de San Juan del Río, junio 2000- diciembre 2005.

En este sentido, y contrario a lo que se argumenta en la literatura médica, el número de compañeros sexuales no es *strictu sensu* un factor de riesgo para la presencia de lesiones pre y cancerígenas en la mujer, pues de acuerdo con los datos obtenidos en nuestra muestra deducimos que para estas mujeres, a menor número de parejas sexuales mayor será el grado de la lesión, y es que de las 161, 60 (37.6%) presentaron algún tipo de cáncer. De estas últimas, 40 no han tenido más que una pareja sexual y de manera alarmante 49 presentaron cáncer que fue comprobado. (Véase cuadro 11)

Influencia de las relaciones de poder entre hombres y mujeres en la incidencia de CaCu.

Tales resultados nos orillan a cuestionarnos sobre el comportamiento sexual de sus parejas, de los cuales lo poco que sabemos es que un número muy significativo se dedica a las labores del campo, algunos más son albañiles, otros obreros, y en menor medida son comerciantes y desempleados.

Cuadro 11
Número de compañeros sexuales y tipo de lesión.

COMPAÑEROS SEXUALES	TIPO DE LESIÓN						TOTAL
	Nic I	Nic II	Nic III	CaCu In situ	CaCu microinvasor	CaCu invasor	
SIN REFERENCIA	9	1	4	2		4	20
1	54	8	4	23	6	11	106
2	8	3	1	4	3	3	22
3		6	1	1	1	2	11
5	1						1
9			1				1
TOTAL	72	18	11	30	10	20	161

Fuente: Elaboración propia, basada en expedientes clínicos del área de displasias del Hospital General de San Juan del Río, junio 2000- diciembre 2005.

Hasta aquí, hemos detallado la muestra de las mujeres de otros municipios del Estado de Querétaro, así como a las aledañas de otros estados del país. Aunque ambas muestras difieren mucho en cuanto a cantidad, en ambas descubrimos que a pesar de que su contexto socioeconómico guardan distintas dinámicas. En Querétaro, el tipo de mujer enferma alude a una persona de treinta y tantos años de edad, casada, ama de casa, con un nivel de escolaridad básico, quien inicia su vida sexual a temprana edad con el hombre que será su compañero de por vida; y que además presenta lesiones pre y cancerosas (muy importantes para el caso queretano y leves en los otros estados).

2.3. La mujer sanjuanense.

De los 161 expedientes pertenecientes al municipio de San Juan del Río, 74 (45.9%) casos correspondieron a la cabecera municipal y 88 (54.6%) a 39 de sus localidades, recordemos que el municipio cuenta con 76 localidades conurbadas (*Véase cuadro 12*).

Es de observarse que las 39 localidades que evidencian la enfermedad presentan una estructura considerablemente contrastada debido a que coexisten cuatro universos extremos (*Véase mapa 3*). Por una parte, nueve localidades presentan grados de marginación **altos** (Arcila, El Coto, Estancia de Bordos, Estancia Santa Lucía, Laguna de Vaquerías, El Rodeo, Santa Isabel el Coto, Santa Rosa Xajay, Vaquerías); dieciocho niveles **medios** (Cuarto Centenario, Dolores Cuadrilla de Enmedio, Galindo, El Jazmín, El Mirador, El Organal, Palma de Romero, Palmillas, Paso de Mata, El Rosario, San Javier, San Miguel Galindo, San Sebastián de las Barrancas Norte, San Sebastián de las Barrancas Sur, Santa Bárbara la Cueva, La Valla, Vistahermosa, Vistha); nueve son de **bajo** grado (Rancho de Enmedio, Puerta de Palmillas, Palomas del Senegal, Loma Linda, La Llave, La Estancia, Casa Blanca, El Carrizo, San Pedro Ahuacatlán) y tan sólo una presenta un nivel de marginación **muy bajo** (Granja SEDENA).

De estas 39 localidades, once registraron la mayor frecuencia de casos: La Valla (8 casos), La Llave (4 casos), Paso de Mata (6 casos), Vistha (3 casos), El Coto (4 casos), Laguna de Vaquerías (5 casos), Santa Rosa Xajay (4 casos), El Carrizo (4 casos), La Estancia (5 casos), San Pedro Ahuacatlán (3 casos) y San Sebastián de las Barrancas Norte (4 casos). El resto de las comunidades presentó de dos a un caso solamente. (*Véase cuadro 12 y mapa 3*). De acuerdo con la tendencia que señalamos en el apartado anterior, nuevamente fueron las localidades con marginación media y baja en donde se concentró la mayor presencia de la enfermedad.

Cuadro 12
Localidades del municipio de San Juan del Río representativas de la enfermedad según su grado de marginación²⁷.

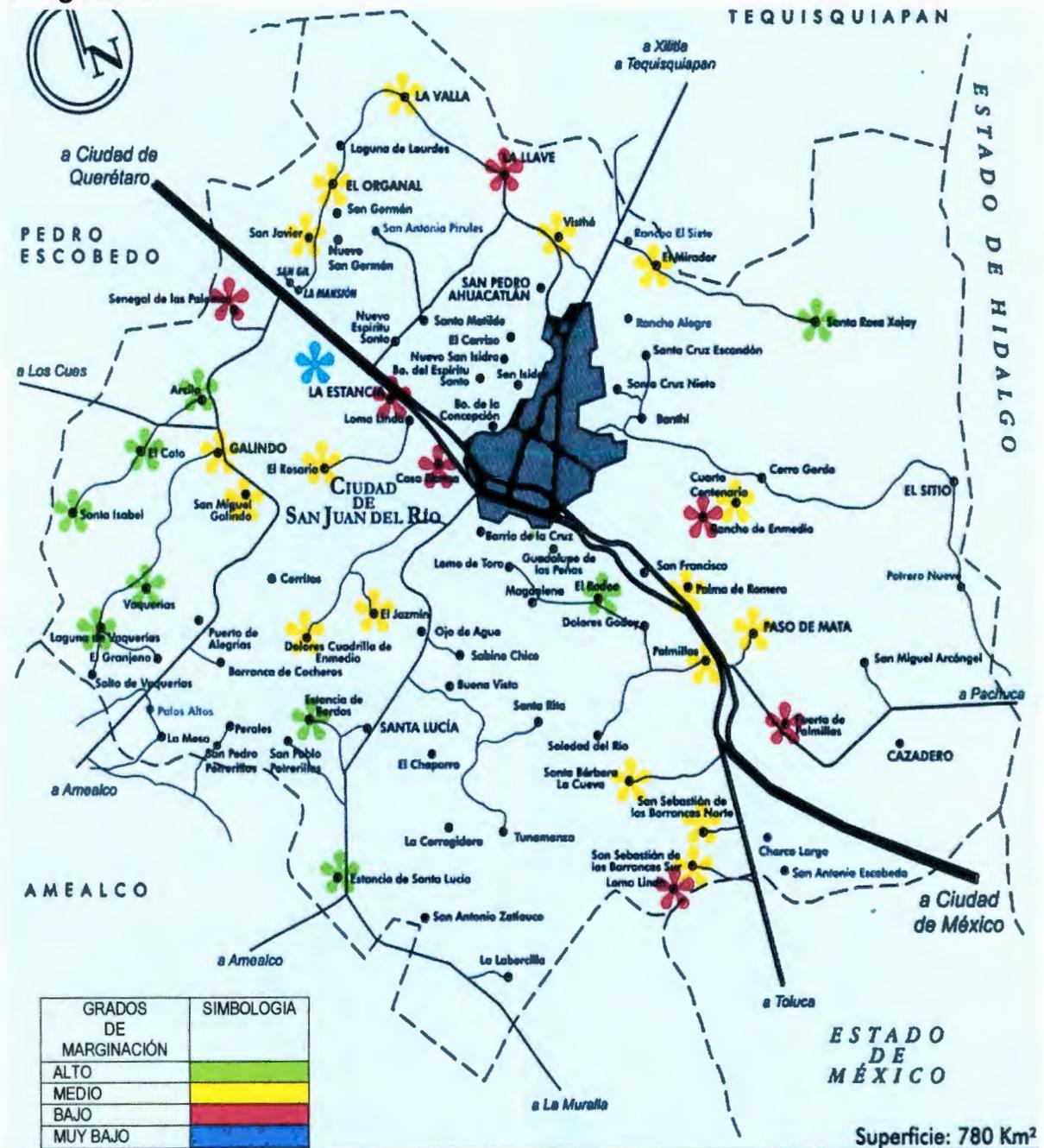
GRADOS DE MARGINACIÓN			
ALTO	MEDIO	BAJO	MUY BAJO
Arcila	Cuarto Centenario	Rancho de En medio	Granja SEDENA
El Coto (4)	Dolores Cuadrilla de En medio	Puerta de Palmillas	
Estancia de Bordos	Galindo	Palomas del Senegal	
Estancia Santa Lucia	El Jazmin	Loma Linda	
Laguna de Vaquerías (5)	El mirador	La llave (4)	
El Rodeo	El organal	La estancia (5)	
Santa isabel el Coto	Palma de Romero	Casa Blanca	
Santa Rosa Xajay (4)	Palmillas	San Pedro Ahuacatlán	
Vaquerías	Paso de Mata (6)	El Carrizo (4)	
	El Rosario		
	San Javier		
	San Miguel Galindo		
	San Sebastián de las Barrancas Norte (4)		
	San Sebastián de las Barrancas Sur		
	Santa Barbara La Cueva		
	La Valla (8)		
	Vistahermosa		
	Vistha (3)		

Fuente: Elaboración propia, basada en expedientes clínicos del área de displasias del Hospital General de San Juan del Río, junio 2000- diciembre 2005.

En el caso de la cabecera municipal, encontramos que las mujeres enfermas provienen de colonias que por sus condiciones (servicios públicos, calidad de la construcción de las casas y seguridad) pueden clasificarse como pertenecientes a los sectores medios (colonia Centro: 7 casos, Pedregoso Infonavit: 11 casos, La Floresta: 5 casos, Granjas Banthi: 4 casos, Indeco: 3 casos, Pedregoso: 3 casos) y bajos (Fátima Infonavit: 5 casos, Ifonavit La Paz: 4 casos, colonia México: 3 casos). Por lo tanto, prevalecen los contextos medios.

²⁷ El número entre paréntesis corresponde al número de casos.

Mapa 3. Localidades representativas de la enfermedad y grado de marginación.



Fuente: Elaboración propia, basada en expedientes clínicos del área de displasias del Hospital General de San Juan del Río, junio 2000 diciembre 2005.

Influencia de las relaciones de poder entre hombres y mujeres en la incidencia de CaCu.

Respecto a la edad de estas mujeres, de manera contraria a lo encontrado en la muestra de mujeres provenientes de otros municipios, donde la mujer más joven que presentó algún tipo de lesión tenía 16 años, la edad mínima en la mujer sanjuanense fue de 19 años, es decir, estamos hablando de un universo de estudio que presenta la mayoría de edad. La edad promedio de la mujer enferma fue de 39 años, lo cual coincide con lo hallado en la edad media de las mujeres de otros municipios.

En lo referente al estado conyugal de las mujeres, 67 (41.6%) estuvieron casadas; situación que predominó en los otros municipios queretanos, 62 (38.5%) no refirieron estado civil; once (6.8%) fueron solteras; nueve (5.6%) vivieron en unión libre, seis (3.7%) afirmaron estar divorciadas, y otro porcentaje similar correspondió a las viudas. Es de observar que en San Juan del Río, a diferencia de los otros municipios, se aglomeraron más casos de mujeres solteras, en unión libre, viudas y divorciadas. No obstante, se mantuvo el perfil de la mujer con cónyuge.

Las mujeres sanjuanenses, se dedicaron en su mayoría, a las tareas domésticas, 108 (67.1%) y sólo una mujer se dedicó a estudiar. Esta tendencia es similar a la detectada en el apartado anterior. En menor proporción realizaron actividades extradomésticas, 41 (25.3%) dentro de las cuales predominaron los trabajos no manuales, propios de las clases medias; así, nueve fueron oficinistas, seis comerciantes, dos médicos, una auxiliar de enfermera, una enfermera y otra maestra de preescolar. Pocas desempeñaron actividades manuales como obreras (2), estilistas y costureras (1).

Aunque 65 mujeres no refirieron su nivel de escolaridad, la primaria inconclusa predominó en 53 casos. Es de resaltar en esta muestra, a diferencia de las de los otros municipios, que el nivel de escolaridad se incrementó, pues registramos a seis mujeres que estudiaron una carrera técnica, aunado a ello, tres tuvieron un grado de licenciatura. No obstante, se sostiene la tendencia educativa señalada en el apartado anterior (*Véase cuadro 13*).

Cuadro 13
Grado de escolaridad según ocupación.

OCUPACION	ESCOLARIDAD									
	SR	Analfabeta	Primaria	Primaria inconclusa	Secundaria	Secundaria inconclusa	Preparatoria	Carrera técnica	Licenciatura	TO TAL
SR	9			1			1			11
Estudiante							1			1
Hogar	45	7	27	15	11	1		2		108
Estilista					1	1				2
Costurera			1							1
Empleada	4	1	3	3	2		3	1	1	18
Obrera	2		2		2					6
Comerciante	3		1	1	3			1		9
Aux, de enfermera								1		1
Enfermera									1	1
Mtra. de preescolar									1	1
Médico									2	2
TOTAL	63	8	34	20	19	2	5	5	5	161

Fuente: Elaboración propia, basada en expedientes clínicos del área de displasias del Hospital General de San Juan del Río, junio 2000- diciembre 2005.

El comportamiento sexual de nuestro universo de estudio, no dista mucho del estipulado en el apartado anterior, sin embargo, presenta ciertos matices que vale la pena interpretar. Por un lado, encontramos que el número de parejas sexuales que una mujer sanjuanense ha tenido a lo largo de toda su vida es de 1.8 parejas; 88 de ellas refirieron sólo un compañero, 30 mujeres habían tenido dos, diecisiete tres, cinco mujeres han tenido cuatro parejas, tres mujeres cinco y con menor frecuencia, encontramos casos de mujeres que han tenido de 7 a once compañeros sexuales.

Cuadro 14
Edad de la primera relación sexual de acuerdo al número de
compañeros sexuales

PRIMERA RELACION SEXUAL		NUMERO DE COMPAÑEROS SEXUALES										TOTAL
EDAD	FREC	SR	1	2	3	4	5	7	8	9	11	
SR	9	8		1								9
13	1		1									1
14	11	1	7	1	2							11
15	21		9	6	2	1	1		1		1	21
16	22		10	4	5	1	2					22
17	24	1	15	4	1	2				1		24
18	23	3	9	6	3		1	1				23
19	21	1	16	2	2							21
20	9		6	3								9
21	4		1	3								4
22	6		3	1	1	1						6
23	5	1	3			1						5
24	2			1	1							2
26	3		1		1	1						3
TOTAL	161	15	81	32	18	7	4	1	1	1	1	161

Fuente: Elaboración propia, basada en expedientes clínicos del área de displasias del Hospital General de San Juan del Río, junio 2000- diciembre 2005.

A este respecto, resulta viable cuestionar si para esta muestra las consecuencias de una vida sexual muy activa son un factor de riesgo para la presencia de lesiones con alto grado de malignidad, pues paradójicamente y al igual que en la muestra de las mujeres de otros municipios, las mujeres sanjuanenses que presentan mayor número de lesiones por una parte y mayor grado de malignidad, son las que han tenido un compañero sexual a lo largo de su vida. Por lo tanto, son una excepción las mujeres con 9 o más parejas, como algunos casos que detectamos (una mujer de 66 años con 11 parejas y otra de 23 con 9 compañeros) (*Véase cuadro 15*).

Por lo tanto, reafirmamos la necesidad de indagar los aspectos socioculturales que se relacionan con el comportamiento sexual de estas mujeres y, de manera particular, con el de sus cónyuges.

Cuadro 15
Tipo de lesión según el número de compañeros sexuales.

COMPAÑEROS SEXUALES	TIPO DE LESIÓN						TOTAL
	Nic I	Nic II	Nic III	CaCu In situ	CaCu microinvasor	CaCu invasor	
SR	9	7	1	1		3	14
1	48	4	10	12	3	8	88
2	18	2	4	2		2	30
3	7	1	4	4			17
4	3		1				5
5	1		1	1			3
7			1				1
8		1					1
9	1						1
11						1	1
TOTAL	87	15	22	20	3	14	161

Fuente: Elaboración propia, basada en expedientes clínicos del área de displasias del Hospital General de San Juan del Río, junio 2000- diciembre 2005.

Recapitulando, el perfil de la mujer sanjuanense alude a una mujer de aproximadamente 39 años de edad, que habita en localidades rurales y urbanas, que presentan grados de marginación medios y bajos.

Al igual que las mujeres de los otros municipios, la mayoría de las mujeres sanjuanenses están casadas, sin embargo y a diferencia de lo registrado en la muestra de las mujeres de otros municipios, más mujeres en San Juan del Río son económicamente productivas, hecho que sin lugar a dudas está ligado con su nivel de escolaridad, pues a pesar de que igual que en los otros municipios la primaria inconclusa fue el patrón a seguir, recopilamos datos de mujeres con nivel medio superior y superior.

El comportamiento sexual es análogo al de las mujeres de los otros municipios, es decir, las mujeres que afirmaron haber tenido sólo un compañero sexual en toda su vida, son quienes presentan lesiones con mayor grado de malignidad. En este punto es importante decir que hay más casos de mujeres enfermas de cáncer (in situ, micro invasor e invasor) en los otros municipios, 61 casos, contra 37 registrados en San Juan del Río. Inferimos, de acuerdo a lo expuesto con anterioridad, que las variables escolaridad y ocupación juegan un papel

Influencia de las relaciones de poder entre hombres y mujeres en la incidencia de CaCu.

importante en dicha incidencia, sin despreciar por supuesto las regiones en las que habitan las mujeres y el grado de desarrollo e infraestructura de las mismas.

A pesar de las particularidades encontradas, detectamos que tanto en San Juan del Río como en otros municipios del estado y en otras entidades del país, la mujer enferma de cáncer presenta un perfil semejante. Así, son mujeres que tienden a vivir en contextos medianamente marginados, están casadas, son amas de casa, su escolaridad se centra principalmente en la primaria, iniciaron su vida sexual jóvenes, entre 15 y 17 años y tienden a tener un compañero sexual. (Modelo I)

Frente a este prototipo de la mujer enferma, que es el predominante en todos los contextos analizados, para el caso de San Juan del Río detectamos otros tres modelos alternativos. El primero de ellos está conformado por mujeres que desempeñan trabajo extradoméstico, tienen cónyuge, sus niveles educativos tienden a ser superiores a la primaria, iniciaron su vida sexual a una edad temprana y tuvieron varios compañeros sexuales (modelo II). El segundo modelo también se refiere a mujeres que trabajan de manera remunerada pero que no tienen cónyuge, su nivel educativo es bajo, iniciaron su vida sexual alrededor de los diecinueve años y tuvieron varios compañeros sexuales (modelo III). El último modelo comprende mujeres que se dedican a las actividades domésticas, no tienen cónyuge, su formación académica se centra en la secundaria, iniciaron su vida sexual a una edad temprana y tuvieron cinco compañeros sexuales. (Modelo IV)

Debido a estas distintas características decidimos analizar en profundidad, en un reducido número de casos, las dimensiones biológicas, sociales y culturales de la enfermedad. A pesar del predominio del primer modelo, sólo escogimos a tres mujeres que lo representan, pues consideramos relevante analizar los patrones alternativos con el propósito de identificar aspectos constantes o

Influencia de las relaciones de poder entre hombres y mujeres en la incidencia de CaCu.

variables que presenta la mujer enferma. De allí que, en el segundo modelo, seleccionamos a dos mujeres, en el tercer patrón escogimos a tres y en el cuarto a dos. De esta manera, en un grupo reducido, procuramos corroborar nuestros planteamientos hipotéticos.

Capítulo IV. Resultados y recomendaciones.

Introducción.

En el presente capítulo presentamos, a partir de nuestro marco conceptual y de las aportaciones de los estudios médicos y socioculturales, los resultados obtenidos en nuestra investigación. Con el propósito de facilitar la comprensión de los mismos, agrupamos a las diez mujeres sanjuanenses, de nuestra muestra, en cuatro modelos. Los criterios para su agrupación giraron en torno a variables sociales y biológicas tales como edad, estado civil, lugar de residencia, ocupación, nivel de escolaridad, edad de la primera relación sexual, número de compañeros sexuales.

De esta manera, en el primer apartado, describiremos las características personales y los antecedentes familiares de las mujeres enfermas, así como de los tres hombres que accedieron a ser entrevistados.

En el segundo apartado desarrollamos, los significados del cuerpo y la sexualidad que mantienen las mujeres enfermas como los varones involucrados en la enfermedad, así analizamos aspectos relacionados con los atributos y los órganos del cuerpo femenino y masculino y la relación sexual.

En el siguiente apartado detallamos las primeras experiencias sexuales de mujeres y hombres así como el establecimiento de una relación conyugal, las vivencias sexuales subsecuentes y la manera en que ambos tomaban decisiones antes de descubrir la enfermedad. En este abordaje analizamos además los cuidados del cuerpo femenino y masculino y el contacto de las mujeres con las instituciones médicas.

El cuarto apartado describe el conocimiento y significado que mujeres y hombres guardan con respecto a las Enfermedades de Transmisión Sexual, el descubrimiento y desarrollo de la enfermedad y las aspiraciones de ambos luego de la experiencia de la enfermedad.

Influencia de las relaciones de poder entre hombres y mujeres en la incidencia de CaCu.

Finalmente, concluimos la investigación corroborando lo argumentado en nuestros planteamientos hipotéticos. De allí que consideramos pertinente diseñar algunas estrategias que contribuyan a la prevención, control y eliminación de la enfermedad.

1. Las características personales y los antecedentes familiares.

El conjunto de mujeres que integro la muestra de nuestro estudio, que fue seleccionada de manera intencional de acuerdo a la edad, estado civil, lugar de residencia, ocupación, nivel de escolaridad y el número de compañeros sexuales, estuvo compuesta por diez mujeres, de las cuales desprendimos cuatro modelos que describimos a continuación (*Véase Cuadro 16*).

Cuadro 16
Muestra de estudio y modelo asignado.

EDAD	EDO. CIVIL	RESIDENCIA	OCUPACION	ESCOLARIDAD	COM. SEX	EDAD PRS	MODELO
54	casada	localidad	Ama de casa	Primaria inconclusa	1	19	Primer modelo
58	casada	cabecera	Ama de casa	Primaria inconclusa	1	23	
32	casada	localidad	Ama de casa	primaria	1	17	
31	Unión libre	cabecera	Obrera	secundaria	2	18	Segundo modelo
33	casada	localidad	empleada	Carrera técnica	3	16	
36	soltera	localidad	cocinera	primaria	3	20	Tercer modelo
37	viuda	localidad	obrero	primaria	5	20	
38	divorciada	cabecera	obrero	preparatoria	2	19	
64	soltera	cabecera	Ama de casa	secundaria	5	15	Cuarto modelo
39	soltera	localidad	Ama de casa	secundaria	5	19	

Fuente: Elaboración propia, basada en expedientes clínicos del área de displasias del Hospital General de San Juan del Río, junio 2000- diciembre 2005.

Modelo I. Madre-esposa-enferma.

Estas mujeres tienen en común ser casadas, amas de casa, haber iniciado una vida sexual a temprana edad (2 casos), tener un nivel de escolaridad bajo y vivir en contextos medianamente marginados, dos en localidades rurales (El Mirador, El Carrizo) y una en la colonia Centro. Es decir, este primer patrón corresponde al prototipo de mujer enferma hallado tanto en la muestra de mujeres de otros estados del país, de otros municipios de Querétaro, como en la mujer sanjuanense.

Los cónyuges de estas mujeres son en promedio cinco años mayores que ellas y el grado de escolaridad es muy diferente, pues uno es analfabeto y se dedica a trabajar en el campo, otro estudió hasta la secundaria y labora como carpintero y otro más estudió licenciatura en ciencias de la comunicación y trabaja como locutor en una estación de radio local.

La ocupación de los cónyuges, y el status social que representaba la misma fue, de acuerdo con las mujeres, el motivo para entablar una relación de noviazgo, que tuvo una duración de uno a dos años, seguida por el matrimonio y la reproducción.

Los hogares de este subconjunto de mujeres se distinguieron por ser nucleares, asimismo el tamaño promedio de las familias fue de cuatro miembros. Dos grupos domésticos se encontraron en fases avanzadas del ciclo de vida por lo que prevalecieron los hijos mayores de dieciocho años, en la otra unidad no se procrearon hijos, finalmente, una unidad se encontró en fase temprana con hijos entre los seis y doce años.

Las familias de origen de estas mujeres se caracterizaron por ser extensas y numerosas (8 miembros en promedio) y por enfrentar restricciones económicas. En este contexto familiar, las ocupaciones de los padres fueron las de herrero,

Influencia de las relaciones de poder entre hombres y mujeres en la incidencia de CaCu.

minero y chofer de autobús, las cuales correspondieron a un nivel de escolaridad básico. En dos casos, las mamás tuvieron una escolaridad más alta que los jefes de familia (secundaria y carrera técnica) y se dedicaron a trabajar como obrera y secretaria, en otro caso la mamá era analfabeta y trabajaba en su hogar.

Modelo II. Madre-esposa-trabajadora-enferma.

Aquí agrupamos únicamente a dos mujeres de 30 y 31 años, una está casada y otra vive en unión libre. Residen en la Colonia Juárez y la localidad rural de Palma de Romero. Ambas trabajan, una como obrera y otra como empleada, la primera estudio la secundaria y la segunda terminó una carrera técnica. Las dos tuvieron su primera relación sexual a una edad temprana y han tenido varios compañeros sexuales.

Los cónyuges de éstas mujeres poseen el mismo nivel de escolaridad que ellas, uno labora como obrero y el otro es migrante, asimismo tienen la misma edad que sus parejas. La manera en cómo conocieron y se casaron con su cónyuge estuvo ligada a decepciones amorosas vividas anteriormente, así una mujer menciona que cuando conoció a su cónyuge, ella ya había tenido una relación amorosa en donde procreó una hija. La otra mujer, comenta que estuvo comprometida con una persona que le fue infiel, por estas razones, el noviazgo de estas mujeres con su cónyuge tuvo una duración de tres a cinco meses, que desencadenó posteriormente en matrimonio luego de enterarse que estaban embarazadas.

Los hogares de este conjunto de mujeres se distinguieron por ser nucleares, con un promedio de cinco miembros. Ambas unidades se encontraron en fases tempranas con hijos entre los cinco y once años. En contraste, las familias de origen de estas dos mujeres, del segundo modelo, se caracterizaron por ser extensas y numerosas (siete y ocho miembros) y, al igual que el modelo

Influencia de las relaciones de poder entre hombres y mujeres en la incidencia de CaCu.

descrito anteriormente, también se enfrentaron a restricciones económicas importantes. Los jefes de familia se dedicaban a trabajar como campesino y almacenista. El primero era analfabeto y el segundo estudió hasta la secundaria. Por su parte, las mamás se dedicaron a trabajar en su hogar, una era analfabeta y la otra estudió la secundaria.

Modelo III. Madre-trabajadora-enferma.

Lo conforman tres mujeres relativamente jóvenes, con un promedio de 37 años de edad. No tienen cónyuge (soltera, viuda y divorciada), y realizan trabajo extradoméstico. Su nivel de escolaridad es de primaria (2 casos) y preparatoria. Tuvieron su primera relación sexual después de haber cumplido la mayoría de edad (18 años) y han tenido varios compañeros sexuales.

Cabe mencionar que estas mujeres vivieron en algún momento de su vida con su pareja, pero por diferentes motivos, que posteriormente explicaremos, no conviven más con ellos. La separación premeditada o no de estas mujeres con respecto a su esposo o pareja las orilló a trabajar como asalariadas manuales: cocinera, obrera y empleada doméstica.

Estas mujeres conocieron a su cónyuge o "pareja" por un periodo de seis meses a un año y después de convivir con ellos y de "entregarles su virginidad", decidieron vivir en unión libre o casarse (dos casos).

Las ocupaciones de sus cónyuges eran las de artesano y maestro. Para el caso de la viuda, su esposo era militar. Por lo anterior la convivencia de pareja, según estas mujeres, era casi nula pues ellos estaban poco en el hogar y cuando se encontraban presentes las violentaban física, psicológica y sexualmente. Ellas adjudicaron esta violencia, a la actividad remunerada de sus cónyuges.

Influencia de las relaciones de poder entre hombres y mujeres en la incidencia de CaCu.

Sin embargo, a pesar de la violencia que estas mujeres vivieron, en dos hogares procrearon hijos. Así detectamos que, una unidad fue extensa y las otras dos nucleares. Las unidades con hijos tuvieron un tamaño de tres miembros y estuvieron en fases tempranas del ciclo de vida (hijos entre ocho y catorce años).

La familia de origen, al igual que en los otros dos modelos descritos, se caracterizó por ser extensa y numerosa (ocho miembros), y por enfrentarse a restricciones económicas. En dos casos el jefe de familia era campesino y analfabeto, en el otro caso el padre estudió sólo la primaria y trabajaba como obrero. Las mamás, por su parte, laboraban en dos casos como pequeñas comerciantes y al igual que sus cónyuges, no sabían leer ni escribir. En el otro caso la madre estudió licenciatura en educación y se dedicaba a dar clases.

Modelo IV. Madre-soltera-enferma.

Agrupamos a dos mujeres de 64 y 39 años de edad, solteras, que habitan en contextos marginados (Colonia México y localidad de Laguna de Vaquerías) y son amas de casa. Ellas estudiaron hasta la secundaria, tuvieron su primera relación a una edad temprana y han tenido varios compañeros sexuales. Estas mujeres, al igual que las descritas en el modelo anterior, vivieron en algún momento de sus vidas con su cónyuge, incluso legalmente siguen casadas con ellos. Sin embargo, hace más de diez años los abandonaron por ser violentadas física y psicológicamente. A pesar de mantener legalmente un lazo de parentesco ambas mujeres mencionaron, en el momento de la investigación, frecuentar sentimental y sexualmente a otra pareja.

La manera en cómo conocieron a sus cónyuges y se casaron con ellos, no siguió el mismo patrón descrito en el caso de los otros tres modelos, es decir un conocimiento previo al matrimonio (noviazgo), pues estas mujeres mencionan que sólo los veían ocasionalmente porque también frecuentaban a otros

Influencia de las relaciones de poder entre hombres y mujeres en la incidencia de CaCu.

varones, y decidieron casarse con ellos por la curiosidad que les provocaba el matrimonio y porque ya no querían vivir en sus hogares. Es por ello que siendo muy jóvenes contrajeron matrimonio, a pesar de que eran, entre siete y diez años menores que sus parejas.

Uno de los cónyuges se dedicaba a trabajar en la construcción como albañil, mientras que el otro se dedicaba a trabajar su tierra como campesino.

Los hogares de este conjunto de mujeres se distinguieron por ser extensos, asimismo, el tamaño promedio de sus familias fue de siete miembros. Una unidad se encontró en fase temprana con hijos entre los cinco y quince años, y otra unidad se encontró en fase avanzada con hijos entre los veinte y treinta años.

De igual manera, las familias de origen de estas dos mujeres se caracterizaron por ser extensas y numerosas (7 y 8 miembros) y, al igual que ellas, también se enfrentaron a restricciones económicas importantes. Los jefes de familia se dedicaban a trabajar como campesinos, las mamás eran amas de casa, y en los dos casos, los padres y madres fueron analfabetos. Es importante decir en este punto, que ambas mujeres refirieron haber padecido violencia intrafamiliar en su contexto de origen. Como podemos apreciar, las mujeres agrupadas en este cuarto modelo, reprodujeron lo vivido en sus hogares de procedencia.

2. Los significados del cuerpo y la sexualidad.

Para aproximarnos a la dimensión cultural de la enfermedad, es necesario comprender los significados atribuidos al cuerpo. En nuestro marco conceptual planteamos que el cuerpo es biológico y, a la vez, cultural y social. Posee así características biosocioculturales. En el caso concreto de las mujeres estudiadas, estos rasgos son moldeados por el contexto sociohistórico y cultural en que viven y que corresponde, de manera concreta, al patriarcado. Esto es, como fenómeno multidimensional, la sexualidad que es asignada a los cuerpos

Influencia de las relaciones de poder entre hombres y mujeres en la incidencia de CaCu.

de mujeres y hombres está dominada por relaciones asimétricas de poder. Tal situación se traduce, como veremos, en saberes, creencias, conductas y valoraciones específicas.

Partiendo de lo anterior, descubrimos que para las mujeres agrupadas en el primer modelo, el cuerpo femenino tiene un significado de ser y vivir para los otros, de servir para satisfacer a los otros: su esposo y sus hijos. Al respecto, Regina y Malena comentan:

...El cuerpo de la mujer es excelente, porque tenemos este eh...para satisfacer al hombre, que le gusta al hombre, por ejemplo que dicen hay que bonitas piernas, pechos, o sus nalgas, o algo... **(Regina, 54 años, es casada, ha tenido un compañero sexual, padeció CaCu microinvasor y fue sometida al procedimiento de histerectomía).**

...pues es...como dicen los hombres, es, es como una capillita, porque pues ahí encuentran ellos como liberarse, como satisfacerse, aunque a veces no tengan llenadera... **(Malena, 58 años, ha tenido un compañero sexual, padeció CaCu in situ y fue sometida al procedimiento de histerectomía).**

Las mujeres del segundo modelo asociaron el cuerpo femenino con la esencia femenina para vivir, es decir, sin las características fisiológicas de un cuerpo de mujer no hay mujer. Por su parte, los tres casos de mujeres pertenecientes al tercer modelo relacionaron el cuerpo femenino, al igual que las mujeres del primer modelo, con un cuerpo de y para los otros. Agregando que su cuerpo es un misterio por tener la capacidad de dar vida a otro ser. Así nos cuenta Nidia:

...Es hermoso, es un misterio, porque cómo puede ser posible que de ese cuerpo salgan tantos cuerpecitos chiquitos... **(Nidia, 36 años, es madre soltera, ha tenido tres compañeros sexuales, padeció CaCu microinvasor y fue sometida al procedimiento de histerectomía).**

Para el cuarto modelo, el cuerpo de las mujeres se ha convertido, inconscientemente, en objeto, espacio y medio para que se alcance el placer y el poder en el hogar:

Influencia de las relaciones de poder entre hombres y mujeres en la incidencia de CaCu.

...Pues yo digo que el cuerpo de la mujer es muy tentativo para los hombres, porque por feo que esté, uno tiene algo que al hombre se le antoja y que a uno pues le da la felicidad, porque si uno le da placer a un hombre, pues un hombre no lo va a dar a nosotros, porque pues para qué queremos a otra mujer, pues no, nosotras tratamos de quedarle bien al hombre, y sentimos que tenemos algo, algo tiene uno de mujér, algo tiene uno que hacer para cautivar a un hombre... (Emilia, 64 años, es soltera, ha tenido cinco compañeros sexuales, padeció CaCu in situ y fue sometida al procedimiento de conización).

De todo lo anterior se desprende que el significado que las mujeres mantienen con respecto a su cuerpo alude a un cuerpo-objeto para los otros, porque su cuerpo lo conciben en función de los demás (los hombres, los hijos, el hogar). Generando así la *servidumbre corporal, sexual y erótica* de las mujeres. Así, definen y orientan su cuerpo de acuerdo a las normas dominantes y específicas de su género.

En este mismo campo de la subjetividad advertimos que, sin importar el modelo al que pertenecían, todas las mujeres de nuestra muestra coincidieron en sobrevalorar el cuerpo de los varones, de allí que, lo concibieron como un ente bello, fuerte, irresistible y excelente. Tal percepción del cuerpo masculino y femenino hace que crezca y se desarrolle una relación de poder, que permite el desarrollo y reproducción de ideas que reprimen y totalizan sus vidas.

Dentro de esta lógica de subordinación la ignorancia de las mujeres con respecto a la localización, nombres, uso y cuidado de los órganos genitales femeninos y masculinos evidencia, como mostramos más adelante, una constante de la ideología patriarcal, nos referimos a esa pretendida asexualidad de la mujer basada en un no saber (Véase cuadro 17).

En cuanto al conocimiento de los órganos genitales femeninos, en el primer modelo encontramos escasos conocimientos sobre cuántos órganos genitales tiene la mujer. Dos mujeres afirmaron no saber y una reconoció que la mujer tiene dos órganos genitales, la vagina y los senos. Llama la atención que las mujeres que afirmaron no saber cuántos y cuáles órganos tiene la mujer, testificaron que sirven para reproducirse y amamantar. La otra mujer coincidió

Influencia de las relaciones de poder entre hombres y mujeres en la incidencia de CaCu.

con ese uso, sin embargo agregó que también sirven para satisfacer al varón, y que la manera de cuidar los órganos genitales de la mujer es a través del uso del condón por parte del varón. Regina nos cuenta:

...Los órganos sirven para, para tener hijos, para satisfacer al hombre, a su pareja, y pues el pecho para darle de amamantar a sus hijos... este, conservándolos de que no se infecten, este como últimamente que se tiene que usar mucho el condón para no infectarse de una enfermedad. Que dicen que es contagiosa por la sangre, porque con un beso no se llena uno de sida... **(Regina, 54 años, es casada, ha tenido dos compañeros sexuales, padeció CaCu microinvasor y fue sometida al procedimiento de histerectomía).**

Por último, una mujer más no sabe cómo cuidar sus órganos y la otra afirmó que acudiendo con el ginecólogo. Este grupo de mujeres han tenido tres fuentes de conocimiento: adquiridos de su propia experiencia, de lo que aprendieron en la escuela y de lo que han aprendido de otras personas.

Cuadro 17. Comparación entre el conocimiento y cuidado de los órganos genitales de la mujer.

NOMBRE FICTICIO	¿CUANTOS ORGANOS GENITALES TIENE LA MUJER?	MENCIONE LOS ORGANOS GENITALES DE LA MUJER	¿PARA QUE SIRVEN LOS ORGANOS GENITALES DE LA MUJER?	COMO SE CUIDAN LOS ORGANOS GENITALES DE LA MUJER?
REGINA (Modelo 1)	2	Vagina y senos	Para reproducirse, para amamantar y para satisfacer al varón	A través del uso del condón por parte del varón
MALENA (Modelo 1)	NO SABE	NO SABE	Para reproducirse y para amamantar	NO SABE
CAMILA (Modelo 1)	NO SABE	NO SABE	Para reproducirse y para amamantar	Acudiendo a revisión con el ginecólogo
MAGALY (Modelo 2)	2	Vulva y vagina	Para reproducirse	Acudiendo a revisión con el ginecólogo
GLORIA (Modelo 2)	NO SABE	NO SABE	Para reproducirse, para amamantar	Con higiene, acudiendo a revisión con el ginecólogo y con amor
NIDIA (Modelo 3)	4	Dos ovarios, vagina y matriz	Para reproducirse, para ir al baño y para tener relaciones sexuales	Acudiendo a revisión con el ginecólogo
ZAIRA (Modelo 3)	4	Vagina, útero, ovarios y hormonas	Para tener relaciones sexuales	Con limpieza diaria, utilizando el DIU y anticonceptivos y a través del uso del condón por parte del varón
SALOME (Modelo 3)	2	Vagina y matriz	Para reproducirse, para hacer del baño y para satisfacerse	A través del uso del condón por parte del varón
EMILIA (Modelo 4)	1	Labios vaginales (la parte)	Para reproducirse y para satisfacerse	Con lavado diario
JULIETA (Modelo 4)	3	Vagina y matriz, no recuerda el nombre del otro	NO SABE	Por medio de lavados vaginales y a través del uso del condón por parte del varón

Fuente: Elaboración propia, basada en entrevistas a profundidad, marzo- mayo 2007.

Gloria y Magaly, las mujeres pertenecientes al modelo dos, también presentan escasos conocimientos con respecto al uso y cuidado de sus órganos genitales. Gloria por ejemplo, no sabe cuántos ni cuáles órganos genitales tiene la mujer. Lo único que sí sabe es que sirven para reproducirse y amamantar y que tienen que cuidarse con amor y acudiendo al ginecólogo:

Influencia de las relaciones de poder entre hombres y mujeres en la incidencia de CaCu.

...Para poder...tener un hijo, para poder amamantar a un hijo, para darle vida a un hijo. Con higiene, con cuidado, yendo al ginecólogo y...con cariño y amor... **(Gloria, 33 años, está casada, ha tenido tres compañeros sexuales, padeció CaCu in situ y fue sometida al procedimiento de conización).**

Magaly por su parte, afirmó que la mujer tiene dos órganos genitales: la vulva y la vagina, que sirven para reproducirse y que se cuidan acudiendo al ginecólogo. En palabras de ella:

...se supone que tenemos dos ¿no?, órganos genitales, se supone que tenemos la vulva, y cómo se llama la otra parte donde tenemos relaciones, ahh, la vagina, ya más adentro, ¿también te tengo que decir con lo que contamos? Ovario, trompas de Falopio, el útero que es la matriz y la vulva y la vagina...

Los ovarios se suponen que sirven para, los ovarios junto con las trompas de Falopio es donde se, adonde llegan los espermias, llegan al útero, ahí se fecundan y es donde se produce un niño, y la matriz es donde se, ahí se hace el niño, ó sea que, si lógicamente no cuentas con la matriz, lógicamente no te embarazas, o hay muchas que dicen que un ovario funciona cada mes, sí ¿no?, este pues nadamás. Pues por ejemplo yendo regularmente al ginecólogo, para que te hagan estudios, eso es lo que te digo que yo no hacía, dejé de pasar mucho tiempo, pero sí, se supone que tienes que estar yendo al ginecólogo por lo menos dos veces al año... **(Magaly, 31 años, vive en unión libre, ha tenido dos compañeros sexuales, padeció CaCu in situ y fue sometida al procedimiento de histerectomía).**

Las mujeres pertenecientes al tercer modelo fueron quienes más conocimientos tuvieron con respecto al uso y cuidado de los órganos genitales de la mujer, así para dos de ellas la mujer posee cuatro órganos genitales. Para Zaira son la vagina, el útero, los ovarios y las hormonas, los cuales sirven para tener relaciones sexuales y se cuidan con limpieza diaria, utilizando el DIU, anticonceptivos y a través del uso del condón por parte del varón. Para Nidia, la mujer tiene dos ovarios, la vagina y la matriz, tales órganos genitales sirven para reproducirse, para ir al baño y para tener relaciones sexuales y se cuidan acudiendo al ginecólogo. La última mujer perteneciente a éste modelo, Salomé, afirmó que la mujer tiene dos órganos genitales, la vagina y la matriz, ambos sirven para reproducirse, para hacer del baño y para que la mujer se satisfaga, se cuidan a través del uso del condón por parte del varón.

Influencia de las relaciones de poder entre hombres y mujeres en la incidencia de CaCu.

Las mujeres de este modelo denotan mayor conciencia sobre la función de sus genitales y el cuidado de los mismos. Coinciden en decir que, en conjunto, los órganos de la mujer tienen la finalidad de ser un medio para la reproducción.

Finalmente Emilia y Julieta, mujeres agrupadas en el cuarto modelo, aseveraron que las mujeres tienen tres órganos genitales, los labios vaginales, la vagina y la matriz. Aseguran que tienen otro pero no recuerdan el nombre. Para Emilia, los órganos de la mujer sirven para reproducirse y para satisfacerse a sí misma, y se cuidan con lavado diario. Ella comenta al respecto:

...es que esto de no estudiar uno, ni sé, ni sé cómo se llama, luego oigo que mi hija dice labios vaginales pero nada más, no he oído otra cosa... **(Emilia, 64 años, es soltera, ha tenido cinco compañeros sexuales, padeció CaCu n situ y fue sometida al procedimiento de conización).**

Julieta por su parte, no sabe para qué sirven, pero reconoce que se cuidan con lavados vaginales y a través del uso del condón por parte del varón.

De acuerdo con lo anterior, llama la atención que las mujeres de los modelos tres y cuatro, que son mujeres sin cónyuge, reconocen que sus órganos genitales son un medio para alcanzar la satisfacción de su cuerpo. También, señalan que el uso del condón, por parte del varón, es muy importante para el cuidado del cuerpo. Hay que recordar, al respecto, que estas mujeres tuvieron de dos a cinco compañeros sexuales.

En este mismo tenor, el conocimiento que las mujeres de la muestra tienen respecto a los órganos genitales masculinos, no varía mucho respecto al de ellas. Así descubrimos que, para las mujeres del primer modelo, el varón tiene dos órganos genitales, el pene y los testículos, que sirven para reproducirse y, la forma en que se cuidan, es aseándolos diario.

Gloria, una de las mujeres pertenecientes al modelo dos, no sabe cuántos ni cuáles son los órganos genitales del varón, sin embargo asegura que sirven para reproducirse y deben de cuidarse evitando que se golpeen. Para Magaly,

Influencia de las relaciones de poder entre hombres y mujeres en la incidencia de CaCu.

la otra mujer que compone este modelo, el varón tiene dos órganos genitales el pene y la próstata, ambos genitales sirven para reproducirse y se cuidan acudiendo a consulta con el urólogo. Así nos lo cuenta:

...un hombre, mmm, hay, ese si no me los sé muy bien, pero, es la...es la próstata, mmm...cómo se llama, no me acuerdo bien, es el pene...este. Del hombre si no, no tengo una noción así, no, nomás sé que tienen sus genitales, pene y la próstata y ya no sé más de los hombres, y fijate que luego hago tareas con mis niñas de que les dejan que el aparato reproductor del hombre, que el aparato reproductor de la mujer, y no, no me acuerdo bien, no les pongo bien atención pero sí, si lo ven mucho en la primaria. Pues se supone que...ó sea, lógicamente sacan los espermias para, para así tener este, entran a la vagina y lo de un bebé, pero hasta ahí no. Se supone que ellos tienen que ir a un urólogo ¿no? cosa que creo ni hacen, nomás van al médico general y ya, pero se supone que tienen que ir a un urólogo... **(Magaly, 31 años, vive en unión libre, ha tenido dos compañeros sexuales, padeció CaCu in situ y fue sometida al procedimiento de histerectomía).**

Las mujeres del tercer modelo tienen diferentes conocimientos sobre los órganos genitales masculinos. Para dos de estas mujeres el varón tiene dos órganos genitales el pene y los testículos, que sirven para reproducirse y para satisfacer a las mujeres. Se cuidan aseándolos diariamente, acudiendo a consulta médica y usando preservativos. Para la otra mujer perteneciente a este grupo, el hombre tiene tres órganos el pene, la próstata y los testículos que sirven y se cuidan de la misma forma que como lo describieron las mujeres del segundo modelo.

Las dos mujeres del cuarto modelo argumentaron que el varón tiene sólo un órgano sexual, el pene, el cual sirve para tener relaciones sexuales y se cuida aseándolo. Así lo cuentan:

...pene, pene ¡uuuuuy! Hasta pa' comérmelo **(risas)**, pues si, si nos da mucha ansia mejor uno se lo come, digo pero que esté bañadito, que esté aseadito porque si no guacatelas, ¡noooo!, pues es una parte, nuestras partes, yo le digo a Dios, ay dios mío, porqué lo más feo es lo más sabroso eh... pues de dónde viene el...uno claro, quiere a la persona pero ya con cierta intención, y a ellos igualmente, nuestras partes, y de ahí nos acariciamos todo, todo, porque si no hay eso, no hay nada, imagínese, que a nosotras nos falte nuestra parte pues ya, ya no hubo nada...**(Emilia, 64 años, separada, ha tenido cinco compañeros sexuales, padeció CaCu in situ y fue sometida al procedimiento de conización).**

Influencia de las relaciones de poder entre hombres y mujeres en la incidencia de CaCu.

Otra forma de saber el conocimiento que las mujeres tenían sobre los órganos sexuales femeninos y masculinos fue pidiéndoles que los representaran en una silueta femenina y una masculina proporcionada por nosotros. (Véase Figura 3).

En dicho ejercicio notamos que los dibujos pertenecientes al primer modelo fueron trazados muy escuetamente, sin poder distinguir claramente los órganos genitales tanto femeninos como masculinos. Al momento de ilustrarlos estas mujeres lo hacían con pudor. En los bocetos del segundo modelo, se aprecian rasgos un poco más acentuados aunque los órganos femeninos no se logran representar muy bien. Los dibujos del tercer modelo son visiblemente más elaborados que los dos anteriores e incluso que los del cuarto modelo, es decir, se acercan un poco más a la fisiología de la mujer y el varón. Finalmente, en los bocetos del cuarto modelo, se resaltan más los órganos genitales masculinos que los femeninos, lo cual es coherente con la concepción de este grupo de mujeres respecto a la fuerza y superioridad entre hombre y mujer.

Este mismo ejercicio lo aplicamos a los hombres entrevistados. Los tres hombres se mostraron inseguros de cómo y cuántos órganos sexuales tienen al momento de ilustrarlos. Lo que observamos en estos dibujos es que la vagina adquiere un papel secundario y que no conocen los órganos genitales femeninos ni su ubicación. De esta manera, minimizan el tamaño de la vagina a la vez que sobredimensionan las mamas de la mujer.

Para ellos los órganos sexuales, masculinos y femeninos, sirven para tener relaciones sexuales y agregan a los de las mujeres la función de reproducir. La forma en que se tienen que cuidar es acudiendo al médico y con higiene personal.

Es interesante observar que las representaciones de las mujeres del modelo I (las casadas, con hijos, etc.) coinciden con las del grupo de hombres, quienes también son casados y tienen hijos.

Influencia de las relaciones de poder entre hombres y mujeres en la incidencia de CaCu.

Concuerdan también en una representación de la vagina minimizada, casi escondida y le otorgan mayor importancia a las mamas como símbolo de reproducción y como símbolo del placer al momento de los encuentros sexuales.

Por otra parte, es necesario mencionar que mujeres y hombres refieren que, lo que han aprendido proviene de su experiencia personal, de pláticas con amigas, de lo que aprendieron en la escuela, de la televisión y de las pláticas que les otorgan en programas sociales como el Oportunidades. El contacto con diferentes fuentes de información las ha orillado a apropiarse de subjetividades, tomadas de los diferentes grupos sociales en los que se desenvuelven, que a un conocimiento real que las involucre responsablemente en el cuidado de su cuerpo y del de su pareja.

De todo lo anterior se desprende que, el cuerpo y la sexualidad en un contexto parcial, implica la satisfacción de los deseos del otro, en este caso del varón. Esta ideología es acompañada por un escaso conocimiento de los órganos sexuales femeninos y masculinos, que ocasionalmente se acrecienta cuando la mujer tiene varios compañeros sexuales. Estos órganos son cuidados fundamentalmente con higiene personal y, en menor grado, la responsabilidad se deja en manos de un especialista médico (ginecólogo para las mujeres) o del cónyuge, cuando éste usa condón. Son además, en el caso de la mujer, partes del cuerpo que se asocian fuertemente con la reproducción y en menor grado con la satisfacción sexual. Al comparar, la valoración del cuerpo femenino con el masculino, este último tiende a ser sobrevalorado, ratificando de esta manera, la superioridad del mismo.

Estos saberes, creencias, conductas y valoraciones provienen, principalmente, del autoaprendizaje. Sin embargo, este suele ser completado con otras redes sociales como el círculo de amigas/os, los medios masivos de comunicación y algunos programas institucionales.

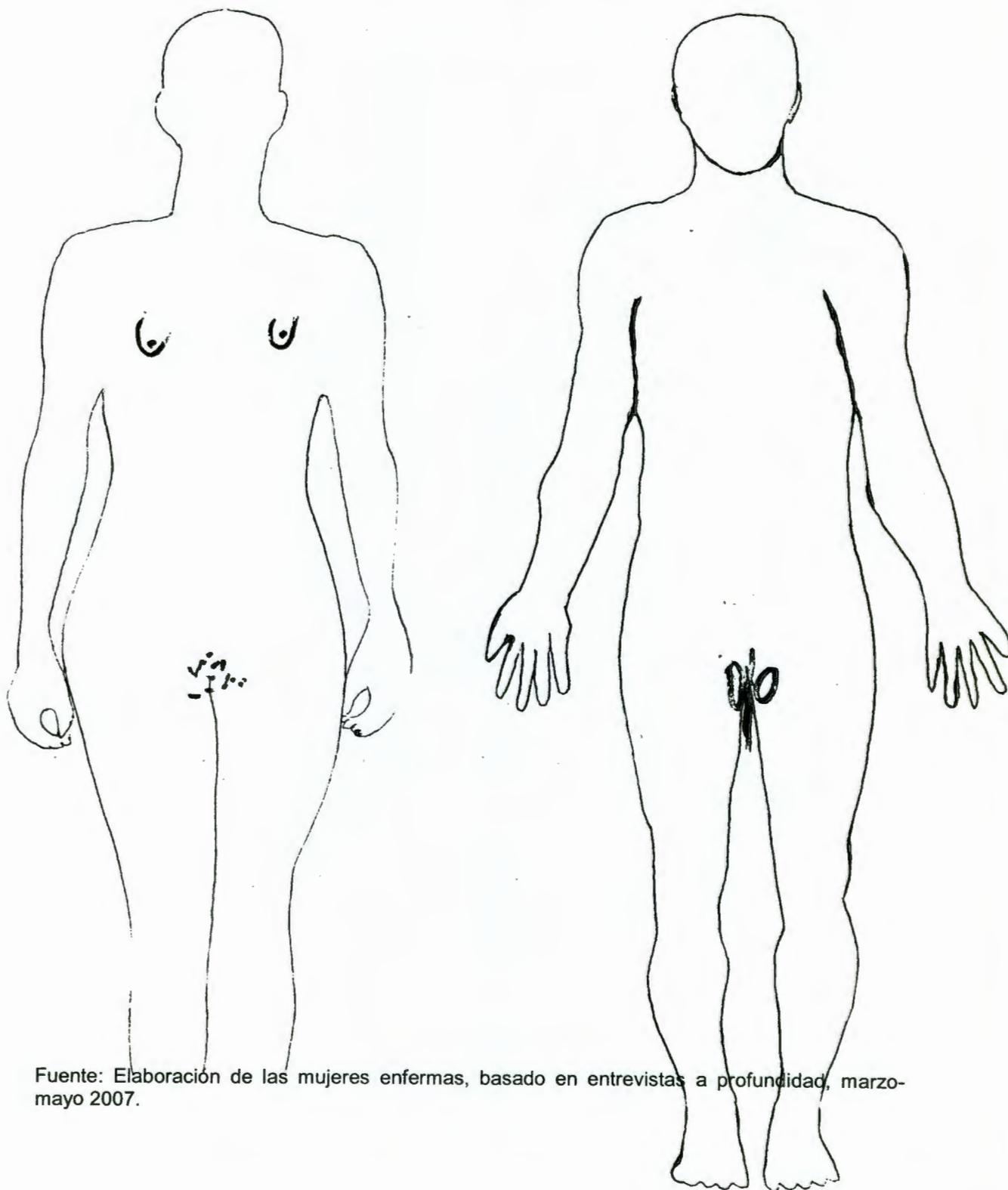
Influencia de las relaciones de poder entre hombres y mujeres en la incidencia de CaCu.

No obstante, es necesario resaltar que todas estas fuentes de conocimiento se encuentran permeadas por la ideología de género.

Figura 3. El significado de la sexualidad y el cuerpo.

MODELO I. Madre-esposa-enferma.

Regina, 54 años, es casada, ha tenido una pareja sexual, padeció cáncer microinvasor, y se sometió al procedimiento de Histerectomía.

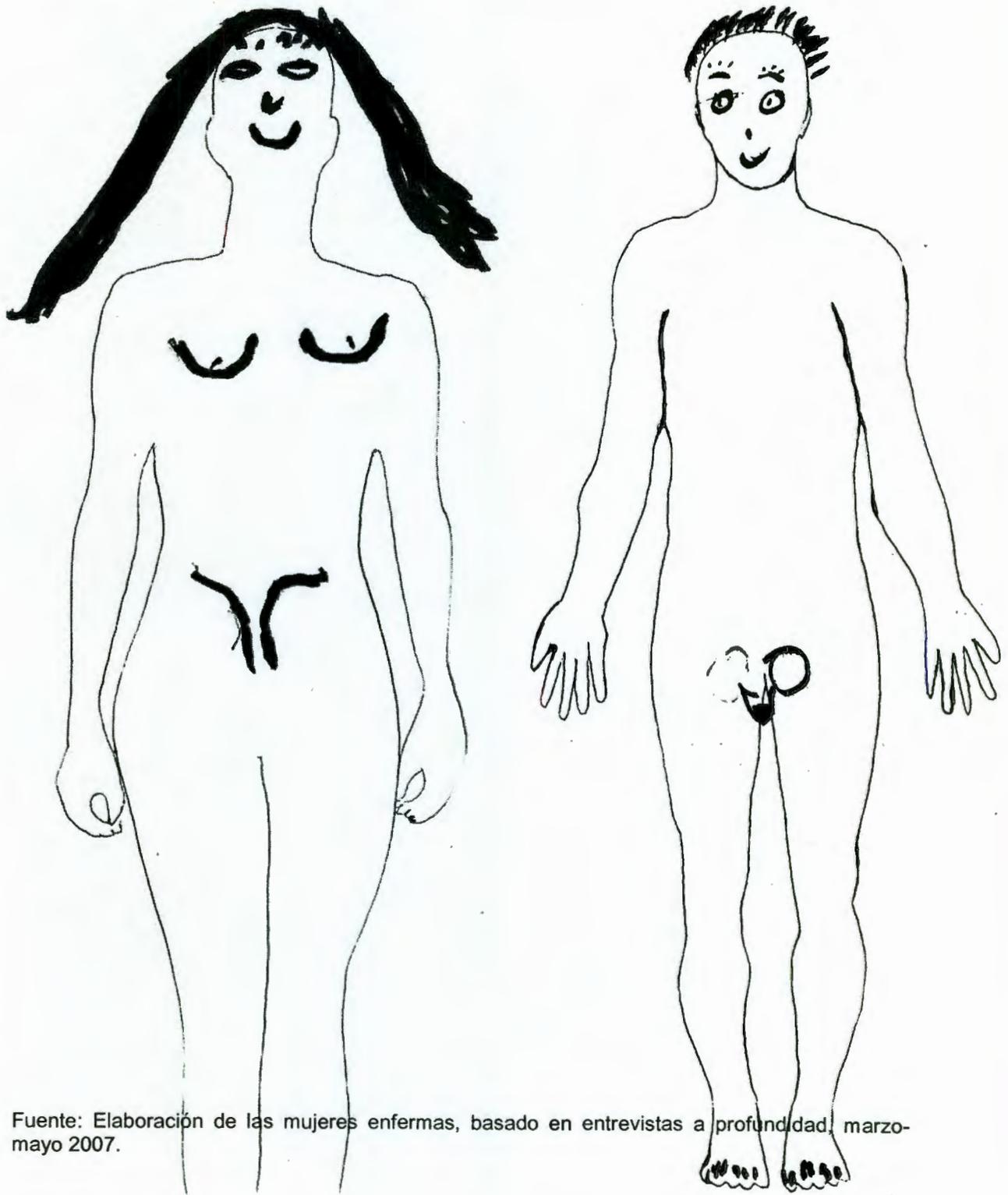


Fuente: Elaboración de las mujeres enfermas, basado en entrevistas a profundidad, marzo-mayo 2007.

Figura 4.

MODELO II. Madre-esposa-trabajadora-enferma.

Gloria, 33 años, es casada y ha tenido tres parejas sexuales, padeció cáncer in situ y se sometió al procedimiento de conización.

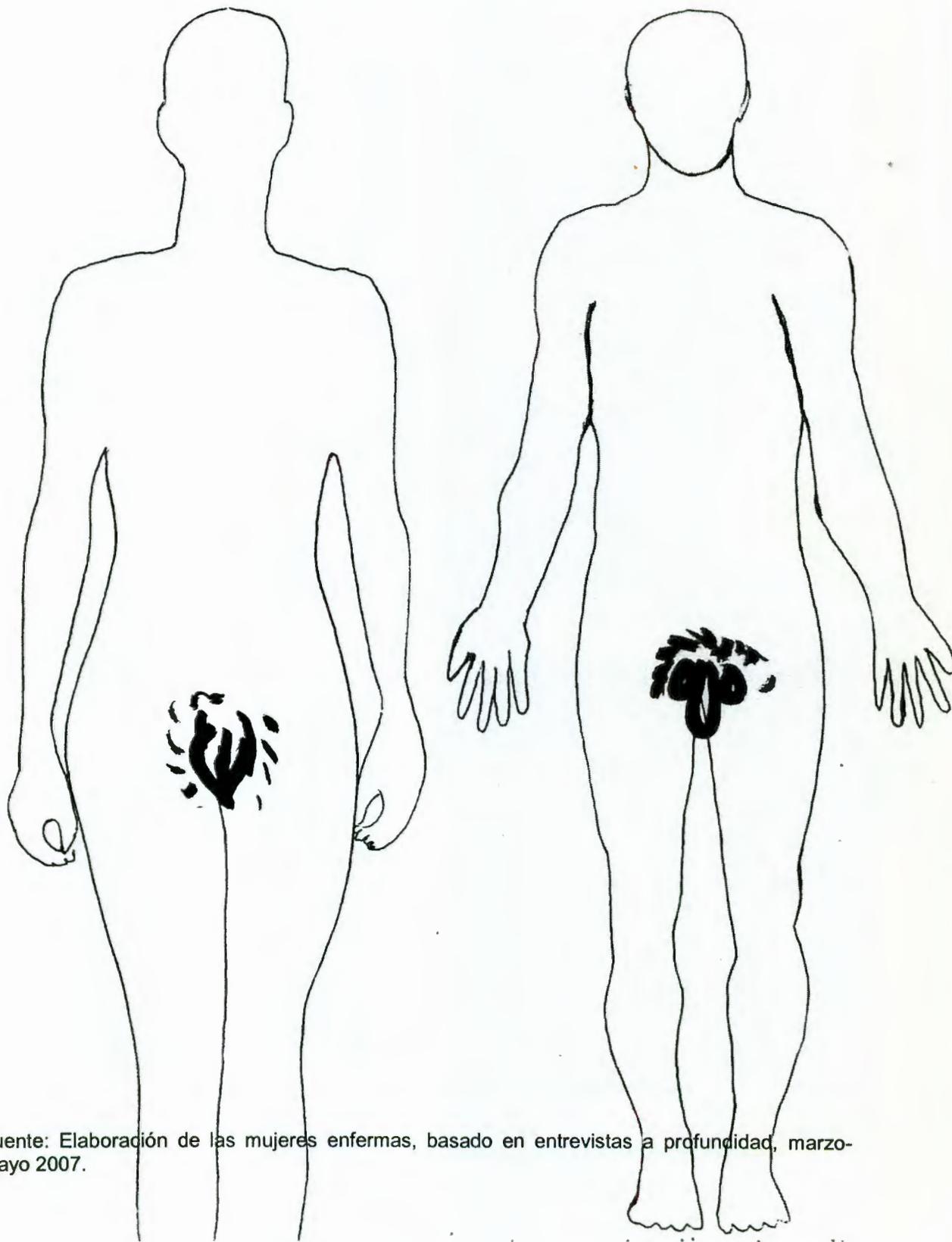


Fuente: Elaboración de las mujeres enfermas, basado en entrevistas a profundidad, marzo-mayo 2007.

Figura 5.

MODELO III. Madre-trabajadora-enferma

Salomé, 38 años, es divorciada, ha tenido dos parejas sexuales, padeció cáncer micronvasor y se sometió al procedimiento de conización.

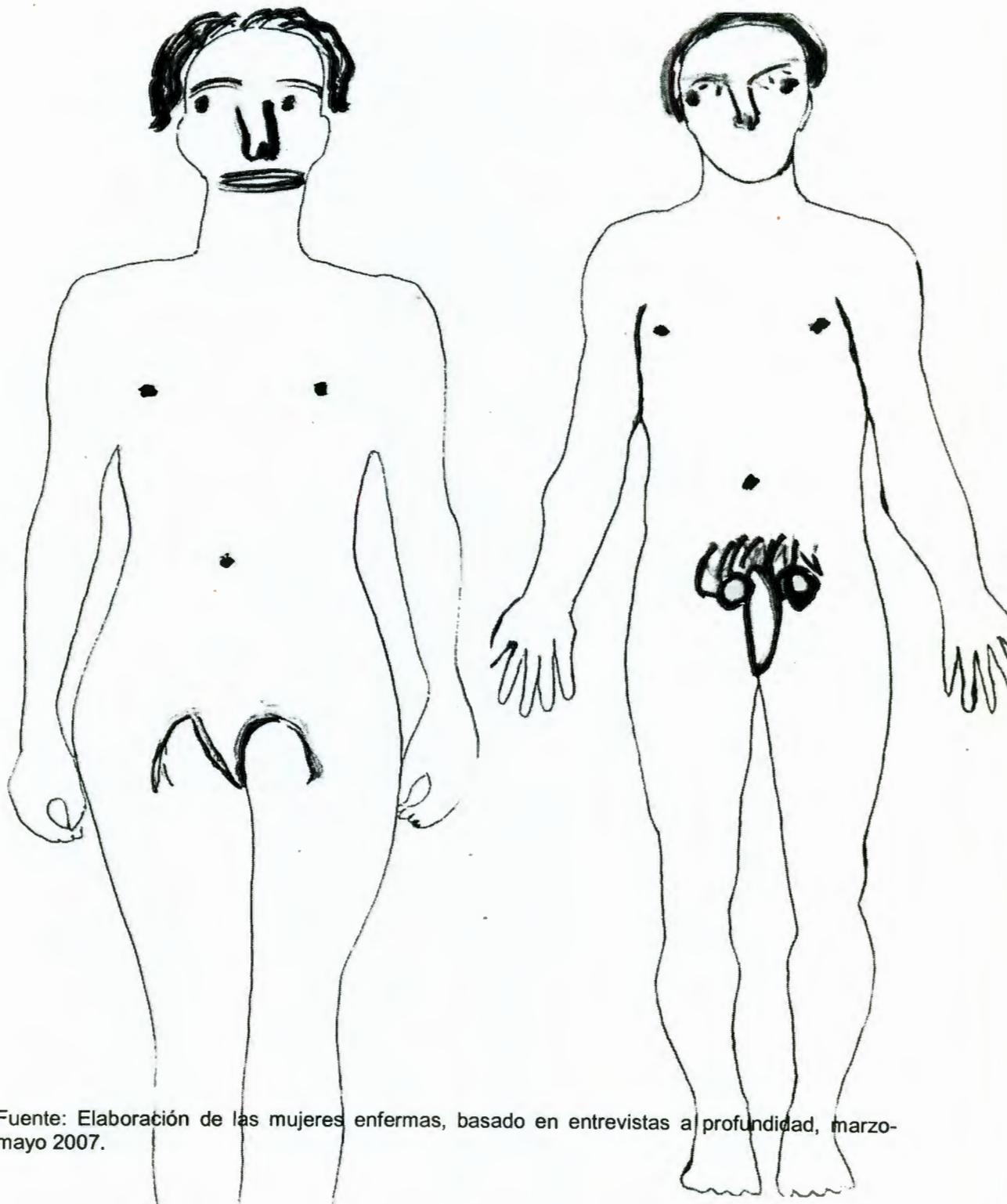


Fuente: Elaboración de las mujeres enfermas, basado en entrevistas a profundidad, marzo-mayo 2007.

Figura 6.

MODELO IV. Madre-soltera-enferma

Julieta, 39 años, es madre soltera, ha tenido cinco parejas sexuales, padeció Nic III y se sometió al procedimiento de conización.



Fuente: Elaboración de las mujeres enfermas, basado en entrevistas a profundidad, marzo-mayo 2007.

3. La vida sexual

3.1. Las primeras experiencias de las mujeres y el establecimiento de una relación conyugal.

Las mujeres entrevistadas iniciaron su vida sexual con un precario conocimiento sobre el impacto que esta pudiera tener, pues de acuerdo con sus testimonios y con lo analizado en el apartado anterior, la escasa información que adquirieron a lo largo de su vida sobre sexualidad y cuidado del cuerpo tanto femenino como masculino fue limitada y confusa. Esto hizo que aprendieran en la práctica casi por ensayo y error, y tuvieran una primera experiencia sexual cargada de dudas, temor, vergüenza y arrepentimiento. Estos resultados son semejantes a los encontrados por Beatriz Selva (1990), en su estudio realizado en mujeres pertenecientes a los sectores populares de la Colonia Guerrero en el Distrito Federal. En este trabajo destaca que las mujeres pertenecientes a estos sectores sociales viven una iniciación de la vida sexual a muy temprana edad, con un gran desconocimiento que sólo genera temor e incertidumbre y que desencadenan matrimonios a edades tempranas.

En el primer modelo de mujeres encontramos que las experiencias sexuales que se suscitaron luego de consumarse un proceso de amistad, noviazgo y matrimonio. Así, en este subconjunto de mujeres el noviazgo tuvo una duración de uno a tres años, fue seguido por el matrimonio y después por la relación sexual. Al respecto, es necesario mencionar que, aunque estas mujeres deseaban llevar a cabo el acto sexual porque se sentían enamoradas de sus cónyuges y porque socialmente cumplían con las normas morales establecidas para una buena mujer, las tres experimentaron sentimientos de temor, incertidumbre y angustia. Estos estuvieron presentes en todos sus encuentros sexuales posteriores. Lo anterior se debió a que el acto sexual estuvo íntimamente relacionado con la procreación. De allí que, la primera y las subsecuentes relaciones sexuales de estas mujeres, no se combinaran con el uso de protección ni anticonceptivos.

Influencia de las relaciones de poder entre hombres y mujeres en la incidencia de CaCu.

Por su parte, las mujeres del segundo modelo iniciaron su vida sexual muy jóvenes (16 y 18 años). A diferencia del modelo descrito con anterioridad, estas mujeres no vivieron un proceso largo con su pareja, pues ambas mencionan que su primera relación sexual fue con su novio al que tenían seis meses de conocer. A pesar de ello, para una mujer fue una primera experiencia placentera, pues estaba convencida de hacerlo, iniciando con ello una vida sexual activa que después de tres meses sería interrumpida al descubrir que su pareja era casado. La segunda mujer, perteneciente a este modelo, vivió una primera experiencia sexual frustrante, pues sentía miedo y temor al desprestigio social que representaba entregar su virginidad a un hombre y a la posibilidad de que éste la embarazara o la abandonara posteriormente. A pesar de esa idea, no hubo separación entre ejercicio de la sexualidad y reproducción, lo que generó situaciones muy complicadas sobre su futuro. Al enterarse de estar embarazada, no sabía si contaba con el apoyo de la pareja y de su familia, era un ambiente lleno de inseguridades. Este contexto la orilló a tomar la decisión de vivir con su pareja y soportar todo tipo de violencia. Gloria nos cuenta sobre ello:

...Me dio miedo, y quedé embarazada, y ya ni modo. Hasta que ya tenía tres meses de embarazada lo volví a ver porque me empezaron las nauseas, los mareos. Nomás duramos tres meses de novios. Ya no nos queríamos ver, ni él a mi ni yo a él, sentía culpa... hasta que se enteró de que estaba embarazada. Su hermano de él, me vio, ya se me veía la barrigota y le dijo. Él tenía dieciocho.

Mi papá nunca me dijo nada ni mi mamá, porque ellos si se daban cuenta pero no me lo decían. Se quedaban callados. Nunca me dijeron ni está bien, ni está mal. Nunca tuve tampoco el apoyo de ellos. Ya después me fui de la casa. Me fui con él, yo tenía casi cinco meses de embarazada. Si, me fui con él y estuve viviendo tres años con él, pero tuvimos muchos problemas. Él me maltrataba y me fui después. Me decía que yo era una mujer cualquiera, que para él había algo mejor y yo lo dejé. Yo decidí por mí misma dejarlo, cuando mi hija tenía tres años... **(Gloria, 33 años, está casada, ha tenido tres parejas sexuales, padeció CaCu in Situ y fue sometida al procedimiento de conización).**

En el tercer modelo detectamos que las tres mujeres iniciaron su vida sexual siendo mayores de edad (dos casos), con quien posteriormente sería el padre de sus hijos y, en un caso, con el hombre con el que después se casaría. Los términos en los que se suscitó el encuentro sexual fueron, en dos casos, de manera consciente, voluntaria y al mismo tiempo de duda, luego de entablar

Influencia de las relaciones de poder entre hombres y mujeres en la incidencia de CaCu.

una relación de noviazgo por un año. Ambas mujeres mencionan haber experimentado sentimientos de ambivalencia, pues a pesar de estar enamoradas, sentían temor de que su pareja no les respondiera en caso de quedar embarazadas. Zaira nos comenta al respecto:

...Ayy pues a la vez me dio gusto y a la vez no porque me dolió le digo que con nadien había hecho nada, con nadie, y a la vez me dio gusto porque se siente así bien bonito y a la vez duele porque es lógico. Pues donde hay amor pues no le interesa a uno si le duele o no le duele a uno, y a la vez dije ay nadamás no me cumple, qué voy a hacer, ya ve que los hombres son medio, medio canijillos y dije ijole, nadamás me deja a un niño y qué voy a hacer yo sola con un niño. Hasta eso que sí me respondió el bien y todo... **(Zaira, 37 años, es viuda, ha tenido cinco parejas sexuales, padeció Nic III y fue sometida al procedimiento de conización)**

Después de esa primera experiencia se presentaron cambios en la relación de pareja. Ambas mujeres aseveraron que la relación sexual hizo que se unieran más, razón por la que iniciaron una vida sexual activa que se consumaría con el matrimonio.

Para el caso de la otra mujer perteneciente a este modelo, su primera relación sexual se suscitó de forma involuntaria, es decir, fue forzada para tener relaciones sexuales por un vecino al que apenas conocía y, una semana después, se escaparía pues tenía temor a la reprimenda de su familia así como al desprestigio social, de ésta manera inició su vida sexual cargada de culpa, temor y vergüenza.

Las dos mujeres del cuarto modelo, también presentan ciertas particularidades que vale la pena analizar. Emilia, por ejemplo, inició su vida sexual a los 15 años con un hombre casado, del que estaba enamorada. Argumenta que decidió llevar a cabo tal acto porque quería experimentar, luego de esa primera relación sexual, jamás lo volvió a ver. Sin embargo, admite que siguió teniendo encuentros sexuales casuales con otros hombres.

Julieta por su parte, fue abusada sexualmente a los veinte años de edad por un hombre al que tenía una semana de haber conocido. Su experiencia, dadas las circunstancias, fue frustrante pues además de la desesperación, él le contagio

Influencia de las relaciones de poder entre hombres y mujeres en la incidencia de CaCu.

una infección de transmisión sexual. A pesar de eso, Julieta mantuvo encuentros sexuales con otros hombres que esporádicamente conoció.

Es importante destacar que la iniciación de la vida sexual activa de estas, mujeres como en general de las de los otros municipios y estados, no se combino con el uso de protección ni de anticonceptivos, aún entre las mujeres casadas y las que tienen mayor escolaridad. Es así como la primera experiencia sexual y las consecuencias de ello, influyeron de manera importante en el número de compañeros sexuales que las mujeres han tenido a lo largo de sus vidas (2.9 compañeros en promedio), en este punto es preciso decir que la información que las mujeres de los modelos II, III y IV nos proporcionaron en sus testimonios, no concuerda con la que proporcionaron en el Hospital General de San Juan del Río, siendo que es de vital importancia para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad . Ver el siguiente cuadro comparativo.

Cuadro 18
Comparación del número de compañeros sexuales de las mujeres de acuerdo al dato clínico y al dato empírico según el modelo al que pertenecen.

MODELO	NOMBRE	DATO CLINICO DEL EXPEDIENTE	DATO EMPIRICO DE LA ENTREVISTA A PROFUNDIDAD
MODELO I	CAMILA	1	1
	MALENA	1	1
	REGINA	1	1
MODELO II	MAGALY	1	2
	GLORIA	2	3
MODELO III	NIDIA	2	3
	ZAIRA	3	5
	SALOME	1	2
MODELO IV	EMILIA	1	5
	JULIETA	3	5

Fuente: Elaboración propia, basada en expedientes clínicos del área de displasias del Hospital General de San Juan del Río, Junio 2000, Diciembre 2005 y entrevistas a profundidad, marzo- mayo 2007.

Influencia de las relaciones de poder entre hombres y mujeres en la incidencia de CaCu.

Si como éstas siete mujeres, algunas más mintieron al personal de salubridad sobre el número de compañeros sexuales que han tenido a lo largo de su vida, inferimos entonces que no sólo el comportamiento sexual de sus parejas es el principal factor de riesgo para contraer CaCu, sino el de ellas mismas.

Por otra parte, de la información recabada podemos inferir que las mujeres que pertenecen al modelo I, que es el prototipo de la mujer sanjuanense enferma, inicia su vida sexual en el marco del matrimonio, mientras que las mujeres restantes lo hicieron después de sostener un noviazgo corto con la consecuente incertidumbre de poder formalizar una relación, o fueron víctimas de abusos sexuales o de engaños por hombres casados. A pesar de estas distintas vivencias fue común que la primera experiencia sexual estuviera acompañada por sentimientos de miedo y angustia suscitados por la ignorancia, el temor a la crítica social y al abandono, o por la violencia ejercida contra ellas. Por lo tanto, en pocos casos fue una experiencia placentera. Estos diversos procesos estuvieron acompañados, además, por la ausencia del uso de métodos anticonceptivos y, en muchos casos, este factor se relacionó con la presencia de fines reproductivos.

3.2. Las vivencias sexuales subsecuentes.

Los encuentros sexuales subsecuentes dependieron, principalmente, de las expectativas que las mujeres tenían al lado de su "pareja". En el caso de la mujer arquetipo la esperanza de ser feliz, primero, al lado de su esposo y posteriormente al lado él y sus hijos, se convirtió en el principal motivo para que las mujeres accedieran a tener una vida sexual activa con su pareja. Es en este momento cuando piensan en formar una familia y cuando ven en su cuerpo el medio-intencional para llevarlo a cabo. Su cuerpo como medio-intencional para acelerar el paso, socialmente, de una vida adolescente-joven a una adulta.

Es importante señalar que ese inicio de una vida sexual en pareja no cambió mucho sus conocimientos sobre sexualidad y cuidado del cuerpo, así los

Influencia de las relaciones de poder entre hombres y mujeres en la incidencia de CaCu.

conocimientos subsecuentes fueron el resultado de la práctica y del contacto cotidiano con grupos e instituciones sociales como los amigos, la escuela, la familia de origen y otros parientes.

Por su parte, la mujer que espera que exista confianza mutua para poder establecer una relación duradera o que definitivamente no espera nada por las malas experiencias de su vida pasada, predominó en modelo II. Al respecto Magaly nos comenta:

... como te diré... no esperaba nada de él, por lo que ya me había pasado con... mi otra pareja... y pues ya nos juntamos y duramos diez años... **(Magaly, 31 años, vive en unión libre , ha tenido dos compañeros sexuales, padeció CaCu in situ y fue sometida al procedimiento de histerectomía).**

La incertidumbre que acompañó a esta mujer aumentó su temor a ser abandonada, en caso de convertirse en madre. Ella comentó al respecto:

...A la vez tenía miedo porque no quería que me volviera a pasar lo que ya me había pasado y eso se lo comenté y me dijo que no todos los hombres son iguales y que él a las mujeres las respeta y ya, me dio confianza y dije ni modo, a ver qué dice la suerte y sí, a ver qué pasa... **(Gloria, 33 años, está casada, ha tenido tres parejas sexuales, padeció CaCu in Situ y fue sometida al procedimiento de conización).**

Vivir para siempre con su pareja o imaginar que él la iba respetar y hacer feliz, se convirtió en las expectativas más recurrentes de las mujeres pertenecientes al modelo III. Estas mujeres consideraron que el respeto entre los dos era un requisito indispensable para ser felices como pareja y como familia. Para ellas este respeto se traducía en fidelidad y no violencia, de esto dependía la relación. Sin embargo, los hombres fueron cambiando su comportamiento hacia ellas: el enojo, el silencio, la violencia y la infidelidad fueron quebrantando las expectativas femeninas y terminaron por tomar la decisión de separarse. Sólo la mujer que es viuda no tomó esta decisión, por obvias razones, pero ello no la exentó de las agresiones físicas y psicológicas, así como de la infidelidad. Zaira nos cuenta su experiencia al respecto:

Influencia de las relaciones de poder entre hombres y mujeres en la incidencia de CaCu.

...porque me iba a querer siempre, porque me iba a respetar, pero la mera verdad no fue así, nomás lo hacen a uno menso. Sí que el me hizo mensa porque estuvo así que con, con otras mujeres y este llegaba bien enojado y a mi hija la más grande me la golpeaba mucho. Me golpeaba. **(Zaira, 37 años, es viuda, ha tenido cinco parejas sexuales, padeció Nic III y fue sometida al procedimiento de conización)**

Por último, las mujeres identificadas con el modelo IV, tienen una visión de su pareja y de la vida futura que discrepa con los modelos anteriores. Estas mujeres a muy temprana edad experimentaron las relaciones sexuales y la unión con su pareja. Mencionan que la falta de comunicación con sus papás y la ignorancia fueron causales para tomar esta decisión. Por lo anterior, piensan que en ese momento dentro de sus expectativas se encontraban la subordinación y la dependencia hacia el varón. Emilia nos comenta lo siguiente al respecto:

...Ay, yo pensaba, cuando yo lo veía a él, sabe qué era mi ilusión, que yo lo veía y decía ¡ay que bonito vivir con él y que él me mande! Y cuando ya me mandó, ya no me gustó... **(Emilia, 64 años, es soltera, ha tenido cinco compañeros sexuales, padeció CaCu in situ y fue sometida al procedimiento de conización).**

Por su parte los hombres entrevistados, coinciden en decir que esperaban lo mejor para los dos, porque se querían mucho. A esto agregan que ellos esperaban respetarlas y procurar que no les faltara nada. José Luis nos comenta lo siguiente:

...Pues nos queríamos mucho y esperaba lo mejor...yo decía respetarla más que nada, que nunca le falte nada, que yo trate de darle todo... **(José Luis, 33 años, es esposo de Gloria)**

Él relacionaba las expectativas de pareja con cuestiones económicas y se atribuía el papel de proveedor único en ese momento. Sin embargo, los dos se vieron en la necesidad de trabajar. Y así lo hacen en la misma empresa, por lo tanto asegura que esto ha sido un factor para convivir más como pareja. Si observamos, tanto mujeres como hombres en la fase temprana de su relación ya tienen una perspectiva que los involucra a los dos en el mismo lugar y en el mismo espacio, su hogar.

Influencia de las relaciones de poder entre hombres y mujeres en la incidencia de CaCu.

Así, la primera relación sexual se convirtió, para las mujeres de la muestra, en un parteaguas que marcó el futuro y las expectativas de la vida en pareja. Mujeres y hombres conciben la vida sexual como la separación de sus familias de origen y la unión-creación de una nueva familia. Por lo anterior, tanto el primer encuentro sexual como los subsecuentes dependieron, en gran medida, de las expectativas que estas mujeres crearon de su pareja y de su vida o no junto a él. Es así como nos encontramos con testimonios homogéneos en la fase temprana de la relación y contrastantes después de experiencias negativas de algunas mujeres con sus parejas.

En cuanto a la negociación de los encuentros sexuales, las mujeres del modelo I mencionan que él siempre ha decidido cuándo y dónde consumarlas. Argumentan que los deseos de los hombres son siempre mayores al de las mujeres y por lo tanto ellas deben satisfacerlos. En este sentido, los deseos sexuales se convirtieron, también, en una forma de ejercer y legitimar el poder en el terreno de la sexualidad de la mujer. Malena nos habla sobre ello:

... pues siempre él... es que ellos son siempre... siempre tienen más ganas que nosotras y pues él si seguido tenía ganas... **(Malena, 58 años, ha tenido un compañero sexual, padeció CaCu in situ y fue sometida al procedimiento de histerectomía).**

Sólo una de ellas acepta que los dos tomaban la decisión sobre las relaciones sexuales, pero que es siempre él quien toma la iniciativa y, posteriormente, deciden si quieren o no tener la relación sexual.

Lo mismo dijeron las mujeres localizadas en el segundo modelo, quienes aparte de decir que los dos tomaban la decisión, tienen la creencia de que los hombres por "naturaleza" tienen más deseos sexuales que las mujeres.

Por su parte, los dos modelos restantes dicen que él es el que tomaba la decisión en todas las ocasiones y es él quien inicia el encuentro sexual. Además comparten la creencia de que son los hombres quienes siempre tienen

Influencia de las relaciones de poder entre hombres y mujeres en la incidencia de CaCu.

más ganas y lo justifican diciendo que es su "naturaleza". Por ejemplo, Magaly está convencida de seguir tomando estas decisiones con su actual pareja, sin embargo no quiere decir que ella desee tenerlas a la par del varón, porque ella tiene la creencia, como la mayoría de las mujeres de la muestra, de que los varones por "naturaleza" siempre tienen más deseos que ellas. En palabras de Magaly:

...los dos, decidíamos nada más que si yo creo que el hombre por naturaleza es más... bueno yo al menos yo, así que digas ganas, no casi no, nunca tenía, pero pues si éramos los dos estábamos de mutuo acuerdo... (Magaly, 31 años, vive en unión libre, ha tenido dos compañeros sexuales, padeció CaCu in situ y fue sometida al procedimiento de histerectomía).

Sólo una mujer del cuarto modelo refiere que los dos tomaban estas decisiones, los dos tomaban la iniciativa para que se diera esta situación, porque a los dos les gustaba tener relaciones sexuales.

En este sentido, encontramos que quien decidía sobre los encuentros sexuales, en la mayoría de los casos, fue el varón (seis casos). El matrimonio o la unión con su pareja modificaron la forma de negociar los encuentros sexuales. Ahora las relaciones de fuerza, las subjetividades sobre el deber-ser madre/esposa y los deseos, son factores que determinan y transforman la vida de pareja. Estas ideas sobre los deseos masculinos servirían como un método discursivo-convincente para poder acceder no sólo a la mujer si no al cuerpo de ésta. Lo anterior sólo puede entenderse en una sociedad donde las ideas y las normas sociales vigentes conciben la sexualidad y los deseos masculinos como naturales, y esto sólo puede entenderse en una sociedad patriarcal.

El dominio del cuerpo femenino como de su sexualidad, es el resultado de las diversas *relaciones de fuerza jerárquicas* que se dan en la vida sexual y reproductiva de las mujeres entrevistadas, permeadas por estas normas e ideas sociales sobre el deber-ser madre/esposa.

Influencia de las relaciones de poder entre hombres y mujeres en la incidencia de CaCu.

Los hombres no mencionaron tener más deseos que sus esposas y aseguraron compartir esta decisión, respetando siempre la decisión de su esposa. Al respecto, Rogelio menciona lo siguiente:

...Este...los dos lo platicábamos frecuentemente y ya dependiendo de cómo se sentía ella. **(Rogelio, 34 años. Su esposa estuvo en tratamiento por Nic III).**

En cuanto a quién toma la iniciativa, las mujeres arquetipo mencionaron nunca tomarla. Por su parte, las mujeres del modelo II tomaban muy de vez en cuando esta decisión, argumentando que no querían que sus parejas pensaran mal si eran ellas quienes iniciaban el encuentro sexual. Magaly nos comenta al respecto:

...Hay, muy rara vez, muy rara vez, yo te digo que no soy casi de estar así. Ya ve que luego piensan mal de uno y no... casi no. **(Magaly, 31 años, vive en unión libre, ha tenido dos compañeros sexuales, padeció CaCu in situ y fue sometida al procedimiento de histerectomía).**

Respecto al tercer modelo predominaron las mujeres que nunca toman la iniciativa y sólo una dice tomarla de vez en cuando, pero que normalmente él es quien la toma. Zaira nos relata:

...pues lo agarraba y llegaba, le daba de cenar, nos bañábamos juntos y pues ahí de vernos, pues uno y otro, iniciaba él, iniciaba yo y ya terminábamos y otra vez que allá adentro, o sea que ora si que como dicen éramos iguales de calientes, es la palabra, y sí, por eso le digo que me dejó muy mal acostumbrada...**(Zaira, 37 años, es viuda, ha tenido cinco parejas sexuales, padeció Nic III y fue sometida al procedimiento de conización)**

Respuestas que también comparten las mujeres del modelo IV. En sus encuentros sexuales de estas mujeres predomina la tradicional idea de que es el hombre quien toma la iniciativa, asignándole un papel pasivo a la mujer, respondiendo así sólo al impulso del varón. La idea o posibilidad de que se presente la iniciativa femenina es muy poca, ya que implica cambios que ponen en juego los supuestos sociales sobre lo que se debe hacer, como buena mujer.

Influencia de las relaciones de poder entre hombres y mujeres en la incidencia de CaCu.

Por su parte dos de los varones aseguran compartir la iniciativa y sólo uno dice tomar la iniciativa e insistir al grado de molestar en caso de que ella no acceda. Así lo expresa Rogelio:

...Pues, normalmente con, con un beso y ya después, ya seguía lo demás, yo le insistía todas las veces... y si no quería me molestaba y le decía que por qué no, que por qué no quería tener relaciones... **(Rogelio, 34 años. Su esposa estuvo en tratamiento por Nic III).**

Las mujeres del primer y segundo modelo aseguran que jamás se ha presentado una situación en la que ellas tengan deseos y él no, ya que los hombres siempre tienen deseos. En el caso contrario de que fueran ellos quienes tuvieran deseos y ellas no, mencionan que terminaban siempre por convencerlas y sólo una dijo ser respetada por parte de su pareja. Dos mujeres del tercer modelo mencionan que él siempre tiene deseos y que nunca pasó lo contrario. Sólo Zaira menciona que cuando ella tenía deseos y él no quería insistía hasta que se daba la situación. Y así lo cuenta:

...pues ya me decía estoy cansado, me duele la cabeza... y yo le decía y ya él me agarraba... **Zaira, 37 años, es viuda, ha tenido cinco parejas sexuales, padeció Nic III y fue sometida al procedimiento de conización)**

Las mujeres del modelo IV coinciden en que él siempre tiene deseos y que por lo tanto, tenían que acceder a sus pretensiones. Cuando ellas no tenían deseos y ellos sí, mencionan que se enojaban y las tomaban a la fuerza o las agredían física y verbalmente. Julieta nos cuenta al respecto:

...Decía que se iba a hacer lo que él dijera, no lo que yo decía y me gritaba y me decía que me fuera a la chingada. Decía entonces a qué viniste, ni modo que nomás a mirarme... **(Julieta, 39 años, es madre soltera, ha tenido cinco compañeros sexuales, padeció Nic III y fue sometida al procedimiento de conización).**

En siete de los casos, si la mujer no tenía deseos y él si, siempre se hacia lo que él determinaba y, si la mujer ponía alguna resistencia, la tomaban a la

Influencia de las relaciones de poder entre hombres y mujeres en la incidencia de CaCu.

fuerza, la convencían o la insultaban. En el caso contrario, si ella tenía deseos y él no, las mujeres mencionan que nunca pasó eso porque ellos siempre tienen "deseos." Entonces parece que los deseos sexuales femeninos siempre estaban sujetos más a los deseos masculinos que a los deseos de pareja.

Derivado de lo anterior, dos mujeres del modelo I afirman que sus parejas sí las han insultado o se han molestado por no acceder a sus deseos, la mujer restante asegura que nunca ha recibido agresiones de su pareja, pero acepta que es él quien toma la iniciativa y la decisión del cuándo y el cómo se deben dar las relaciones sexuales. Por su parte las mujeres del segundo modelo consideran que nunca las han insultado o golpeado, pero una de ellas menciona que cuando se daba una situación en la que ella no quisiera tener relaciones sexuales, él nada más la tomaba. Finalmente las mujeres del tercer y cuarto modelo mencionan que sus parejas sí se molestaban e incluso las agredían físicamente y las amenazaban cuando se negaban a tener relaciones sexuales, situaciones que dejaron secuelas psicológicas y físicas. Nidia, Julieta y Zaira nos cuentan sus experiencias sobre estas situaciones:

...aquí mando yo y si yo te digo que tu me vas a dar un beso, tu me lo vas a dar porque yo te estoy mandando... él trabajaba haciendo canasta, así de vara y ese trabajo lo sigue mucho la cerveza, porque nomás están sentados y están tome y tome y todos los días era igual, y era el día que no tomaba, que estaba bien, porque ya estaba traumada de que pensaba que si ya venía era porque me iba a pegar... **(Nidia, 36 años, es madre soltera, ha tenido tres compañeros sexuales, padeció CaCu microinvasor y fue sometida al procedimiento de histerectomía).**

...no se crea me dejaba sin comer, no me daba para el gasto y me decía si no tienes relaciones así como yo quiero no hay dinero, pero si le dije ya acabaron esos tiempos de hambre y humillación..... **(Julieta, 39 años, es madre soltera, ha tenido cinco compañeros sexuales, padeció Nic III y fue sometida al procedimiento de conización).**

...Sí, este cuando teníamos nada más a dos, este una vez me agarro a la fuerza, entonces por eso mi niña la chica llegó, agarró y me agarró del pelo con fuerzas y me arrastró y, entonces lo arañé yo y le dije que no, y lo aventé así y ya agarré y le dije no, es cuando yo quiera no cuando tu quieras, y agarró y me cacheteó y me agarró a fuerzas, pues un hombre es más fuerte, y ese día le digo agarré y me levanté y me dio una patada ahí y se me movió el dispositivo. Me agarró a fuerzas le digo que era bien bruto, bien salvaje y después pues ya le dije yo qué crees le digo 'ora sí estoy embarazada y me dice ¡no manches! Y le digo sí por tu patada que me diste y me dice yo no sé, y así le digo que nueve meses sangraba de mi muchachita y allá anda, y ya dice no que

Influencia de las relaciones de poder entre hombres y mujeres en la incidencia de CaCu.

con tu dispositivo que no sé qué, le digo tú me lo moviste, acuérdate le digo... **(Zaira, 37 años, es viuda, ha tenido cinco compañeros sexuales, padeció Nic III y fue sometida al procedimiento de conización).**

Dos de los hombres mencionan respetar los deseos sexuales de sus esposas en caso de que ellos quieran y ellas no, sin embargo aseveran que nunca se ha presentado una ocasión en que ellas deseen tener relaciones y ellos no. Sólo uno de ellos mencionó molestarse e insistir hasta que se de el encuentro sexual. Además menciona que cuando está cansado y su esposa tiene deseos él tiene que cumplir con llevar acabo el encuentro sexual. Rogelio nos cuenta su experiencia:

...Pues me insistía y luego a veces como yo también le insistía otras veces pues ya me olvidaba del cansancio porque 'ora sí que hay que cumplir... **(Rogelio, 34 años. Su esposa estuvo en tratamiento por Nic III).**

Estas mujeres y hombres tenían una vida sexual activa, es decir todas tenían encuentros sexuales frecuentes con su esposo o pareja. Por las situaciones diferenciales de los modelos, esta frecuencia es variable. Es decir, encontramos que las mujeres casadas del modelo uno, dicen haber tenido relaciones sexuales toda la semana y en ocasiones tres veces al día. Recordemos que la mayoría de las mujeres tienen la idea de que los deseos del hombre son mayores y en ello justifican estos encuentros sexuales. Por su parte en las mujeres del modelo II varía la frecuencia con la que se daban las relaciones sexuales antes de la enfermedad, pues una tenía siete veces a la semana y la otra dos. Una le restaba importancia a los deseos masculinos y la otra dependía si llegaba o no cansada del trabajo: Gloria nos habla al respecto:

...A veces una, a veces dos, a veces ni una... es que llego cansada de trabajar y hay que hacer el quehacer aquí y pues no el cuerpo ya está viejito... **(Gloria, 33 años, está casada, ha tenido tres parejas sexuales, padeció CaCu in Situ y fue sometida al procedimiento de conización).**

Influencia de las relaciones de poder entre hombres y mujeres en la incidencia de CaCu.

Las mujeres del tercer y cuarto modelo mencionan haber tenido una vida sexual muy activa, pues en promedio tenían de dos a tres relaciones sexuales por día y, mientras una mujer menciona que a ella le gustaba esta frecuencia, otra se sentía usada por su esposo pues los encuentros sexuales se daban a la hora que él quisiera. Así nos cuenta Nidia su experiencia:

...Cuando él quisiera y a la hora que fuera, si decía son este... ahorita y al ratito y al ratito... hay me tenía todo el tiempo, cuando él me, me usara... **(Nidia, 36 años, es madre soltera, ha tenido tres compañeros sexuales, padeció CaCu microinvasor y fue sometida al procedimiento de histerectomía).**

En el caso de los hombres la frecuencia fue uniforme, pues aseguran que tenían relaciones sexuales casi toda la semana con sus esposas, en promedio una diaria. Lo anterior, lo consideran normal ya que piensan que no necesitan más, sólo las suficientes para los dos.

Esta frecuencia variable en las mujeres y uniforme en los hombres, también se ve reflejada en la experimentación de nuevas formas para realizar el encuentro sexual. La mujer del primer y cuarto modelo mencionaron que su esposo no les enseñó cosas nuevas sobre las relaciones sexuales y que sus encuentros siempre fueron normales. Lo anterior lo veían como una muestra de respeto por parte de su esposo hacia ellas. Lo diferente lo ven como una humillación. Camila nos habla al respecto:

... lo normal, cosas así que ya ve que ahora dicen que se cambian y eso. Lo normal de una mujer, él nunca me humilló ni me... nunca me trato mal... **(Camila, 58 años, está casada, ha tenido un compañero sexual, padeció CaCu in situ y fue sometida al procedimiento de histerectomía).**

Por su parte las mujeres del segundo modelo aseguran que su esposo o pareja sí les enseñaron nuevas formas para tener relaciones sexuales, cosas que dicen ellas no sabían que existían. Esta respuesta la comparte Zaira perteneciente el modelo III, la cual nos comparte su experiencia:

Influencia de las relaciones de poder entre hombres y mujeres en la incidencia de CaCu.

...Sí, en las películas esas feas, que el 69 y eso así que se usa, eso una y otra cosa, y a mí me daba mucho asco y con nadie lo había hecho más que con él y ya ahora ese otro le digo con el que yo así este viví, quería que hiciera eso mismo y él a mí lo mismo, le digo no, 'onde crees, yo nomás con mi marido y el mira, y le dije yo si sé lo que se siente, se siente bien padre le digo pero no, dice por qué, le digo porque yo este, tengo una amiga le digo que ella está completamente chimuela.... **(Zaira, 37 años, es viuda, ha tenido cinco compañeros sexuales, padeció Nic III y fue sometida al procedimiento de conización).**

Las dos mujeres restantes del tercer modelo coinciden con las del modelo I y IV, al decir que sus relaciones sexuales han sido siempre normales. Normal para estas mujeres es que el hombre tome la iniciativa y que su rol sea activo mientras que el de ellas sea pasivo.

Los hombres de la muestra, por su parte, aseguran que sí les enseñaron cosas nuevas, pero que estas iban enfocadas a la obtención del placer mutuo. Su aprendizaje lo basaron en platicar con su pareja sobre nuevas formas para hacer de los encuentros sexuales una experiencia placentera. Es por ello que afirman haber tenido siempre una actitud de atención hacia ellas, ya que siempre se preocupaban por que ellas se sintieran a gusto. Eduardo nos cuenta al respecto:

...Sí, obviamente que los dos, 'ora si que los dos estábamos preocupados, pero por lo mismo de que estábamos en ese instante pues no nos preguntábamos eso, yo lo que quería era que ella también sintiera placer, por eso platicábamos sobre lo que nos gustaba. **(Eduardo, 39 años. Su esposa estuvo en tratamiento por padecer CaCu in situ).**

En el caso de las mujeres, son más las que aseguran que no platicaban con su pareja sobre lo que les gustaba o no de las relaciones sexuales porque, dicen ellas, sus parejas no se los permitían, las ignoraban o las insultaban. Lo anterior no quiere decir que ellas no percibieran que sus parejas no se preocuparan por ellas. Por ejemplo, las mujeres del segundo, una del tercero y una del cuarto modelo afirmaron que sus parejas sí se preocupaban por ellas durante el encuentro sexual, y la forma en que se lo demostraban era satisfaciéndolas,

Influencia de las relaciones de poder entre hombres y mujeres en la incidencia de CaCu.

haciendo que disfrutaran, que la pasaran bien y que les gustara. Al respecto, Gloria nos cuenta:

...si, él trata de que a mí me guste y de que yo también la pase bien, él se preocupa por satisfacerme... **(Gloria, 33 años, está casada, ha tenido tres parejas sexuales, padeció CaCu in Situ y fue sometida al procedimiento de conización).**

Las restantes mujeres nunca percibieron si se preocupaban por ellas, ya que pensaban que si ellos tenían ganas de tener relaciones sexuales y ellas no, era porque ellos sólo querían satisfacerse y ya, lo demás no les preocupaba.

En este sentido, al preguntarles si sentían placer durante las relaciones sexuales con su pareja, nueve de ellas, sin importar el modelo, expresaron que cuando era voluntario y no las obligaban si sentían placer. Esta era la principal condición, entre las mujeres, para tener placer sexual. Entonces, la comunicación, para estas mujeres, adquiría un papel preponderante dentro de las relaciones y negociaciones sexuales. Sólo una mujer del tercer modelo, menciona no haber sentido placer con su anterior pareja, ya que él siempre buscaba la satisfacción propia.

Es preciso mencionar que todas las mujeres de la muestra le asignan un papel muy importante al placer sexual, señalan que no tendría sentido tener una relación sexual si no es para sentir placer. Por lo tanto, entienden que el *placer sexual* es aquel donde los dos disfrutan de la relación sexual voluntaria, es aquel donde llegan a sentir una gran satisfacción corporal, pero aseguran que para que se dé esto, es importante que el encuentro sexual se dé en condiciones de decisión igualitarias y no donde existan relaciones de fuerza jerárquicas. Magaly reflexiona al respecto:

...Ahh, pues si, si... no imaginate que nomás lo hicieras por hacerlo, pues no. el chiste es de que tengas placer, bueno los dos. Por eso, yo digo de que se tiene que platicar primero y ya luego... ya pues hacerlo, ¿no?... **Magaly, 31 años, vive en unión libre, ha tenido dos compañeros sexuales, padeció CaCu in situ y fue sometida al procedimiento de histerectomía).**

Influencia de las relaciones de poder entre hombres y mujeres en la incidencia de CaCu.

Los hombres por su parte, aseguran que sí han sentido placer durante las relaciones sexuales. Para ellos el placer sexual es *gozar y quedar satisfechos sexualmente los dos*, no conciben un encuentro sexual sino es para llegar a tener placer mutuo. La importancia que le asignan al placer la hacen dependiente de la comunicación y disposición que tengan a la hora del encuentro sexual.

A pesar de que en la mayoría de los casos las mujeres mencionan preocuparse por satisfacer sexualmente a su pareja y acceder de manera voluntaria o involuntaria a sus deseos, seis de ellas han sufrido adulterio por parte del varón. Tres del modelo III, dos del cuarto y una del segundo. Sin embargo, en el momento en que descubrieron la infidelidad decidieron permanecer con él y no fue hasta que reincidieron en el adulterio cuando abandonaron a su pareja, modificando así su vida social, sexual y cotidiana: resocializando sus saberes y creencias. Las dos mujeres restantes, una del modelo II y una del primero, mencionan que no han sufrido adulterio por parte de su esposo/pareja y que además les tienen mucha confianza. Regina nos cuenta:

...yo le tengo mucha confianza... pero yo sé lo que tengo en casa. Yo no voy a andar vigilándole ni condenándome... **(Regina, 54 años, es casada, ha tenido dos compañeros sexuales, padeció CaCu microinvasor y fue sometida al procedimiento de histerectomía).**

De todo lo anterior se desprende que, la vida sexual activa, se relaciona de manera predominante con las expectativas de una vida en pareja estable y, menor grado, se asocia con la desconfianza o la disposición a someterse a relaciones asimétricas. Sin embargo, a pesar de estas distintas expectativas, fue común que el hombre sea quien decida cuándo y dónde tener relaciones sexuales, conducta que fue atribuida a una supuesta esencia biológica que privilegia la satisfacción de los deseos. De esta manera, los varones ratificaron su control del cuerpo femenino, situación que también fue legitimada por el discurso ideológico asignado a las madre/esposas.

No obstante llama la atención que, de manera contraria, los varones entrevistados manifestaron tomar en cuenta a sus cónyuges en la toma de

decisiones. Asimismo, la mayoría aseguró que se preocupaba por satisfacer a sus parejas. Es difícil determinar si este discurso proviene del deseo de causar una impresión aceptable o corresponde a un cambio genuino.

Por otra parte, es pertinente resaltar que las situaciones descritas evidencian fines y dinámicas sexuales diferentes, las cuales no obstante, tienen como común denominador el contexto patriarcal, y, dentro de él la doble moral del hombre. Los aprendizajes que derivan de estas experiencias se socializan e interiorizan en el hogar. Por lo tanto, éste es un espacio crucial para aprender y reproducir dinámicas familiares igualitarias o jerárquicas. Así, el hogar es el lugar donde se domestica la sexualidad y donde se normalizan-legitiman formas de saber, de acceder y, en este caso, de enfermar el cuerpo.

3.3. Las vivencias sexuales de los hombres.

Con el propósito de valorar qué tanto conocen las mujeres la historia sexual de sus parejas, se les preguntó si sabían a qué edad, cómo y con quién había tenido su esposo / "pareja" su primera experiencia sexual, sin embargo ninguna mujer perteneciente a los cuatro modelos conoce esa historia pues aseguran que los hombres no hablan de eso y que si se les pregunta se molestan.

De igual forma, todas las mujeres desconocen cuántas compañeras sexuales ha tenido su cónyuge en toda su vida. Pero afirman estar seguras de que ellas no han sido las únicas, pues antes o incluso después de ellas, ha habido otra mujer:

...No, cómo cree, los hombres no hablan de eso, y si uno les pregunta ¡¡jole!, no, uno no les puede decir nada de eso, ellos no hablan, pero eso sí, ellos tienen por acá y por allá antes que uno y luego que uno... **(Malena, 58 años, ha tenido un compañero sexual, padeció CaCu in situ y fue sometida al procedimiento de histerectomía).**

Asimismo, todas las mujeres desconocen si su pareja / esposo ha sufrido una Enfermedad de Transmisión Sexual, y si está circuncinado. En conclusión, la vida sexual masculina y todo lo que tenga que ver con sexualidad esta vetada para sus esposas y lejos de utilizar ese conocimiento como instrumento

Influencia de las relaciones de poder entre hombres y mujeres en la incidencia de CaCu.

preventivo es utilizado como un elemento provocador acorde a la ideología del patriarcado. Este conocimiento no es para compartir con las mujeres sino con los hombres para demostrar su masculinidad

Los hombres por su parte, mencionan que el tema de las parejas sexuales anteriores nunca se ha tocado con sus esposas, porque aseguran ellas no se los han preguntado. Uno de ellos sí sabe que su esposa tuvo una pareja sexual antes que él, pero nunca han hablado sobre ello porque dice él ya quedó en el pasado. Eduardo nos cuenta sobre ello:

...¡jole, así de sus cosas casi nunca hemos platicado, ni le digo, ni yo a ella, la verdad. Nomás sé que a lo, que casi a los diecisiete años por ahí tuvo su primer embarazo, ó sea eso sí...
(Eduardo, 39 años. Su esposa estuvo en tratamiento por padecer CaCu in situ).

De esta manera, se ratifica la importancia del silencio masculino, en un campo en el que él reitera su poder en las relaciones intergenéricas.

3.4. Los cuidados del cuerpo femenino.

Para profundizar en el tipo de cuidados que las mujeres mantienen con respecto a su cuerpo, se les preguntó qué tipo de higiene mantenían antes y después del acto sexual, a lo que todas señalaron el baño de su cuerpo y de "sus partes", sólo una mujer del modelo tres volvió a mencionar el uso del condón por parte del varón.

En este mismo sentido, se les preguntó si alguna vez habían padecido infecciones vaginales, cuáles, a qué edad y cómo se las atendieron. De manera general, seis mujeres padecieron infecciones vaginales, cabe destacar que ninguna sabe de qué tipo eran pues no se revisaron con un médico, y las que lo hicieron no preguntaron por su padecimiento ni las causas, en todos los casos la infección desapareció. Dos mujeres del primer modelo afirmaron haber padecido en algún momento de su vida (47 y 20 años de edad) algo parecido a una infección, pues no consultaron a un médico para revisarse, sino que

Influencia de las relaciones de poder entre hombres y mujeres en la incidencia de CaCu.

acudieron a una farmacia y pidieron algo para calmar la comezón y el ardor en la vagina.

Una mujer del segundo modelo, afirmó haber padecido en varias ocasiones infecciones vaginales, sin embargo y aunque acudía al médico a revisarse, jamás le preguntó qué tipo de infección era, sólo se aplicaba el medicamento que le recetaba el médico:

...Sí, mmm, era muy propensa, pues cuando tuve a mis niñas, eh, muy frecuente este tenía infecciones vaginales. Yo cuando iba así al doctor que le decía no que traigo tantito flujo así amarillo, como leche, pero no me decían qué, qué infecciones ni nada, nomás me recetaban unos óvulos... **Magaly, 31 años, vive en unión libre, ha tenido dos compañeros sexuales, padeció CaCu in situ y fue sometida al procedimiento de histerectomía).**

Dos mujeres del tercer modelo también padecieron infecciones vaginales, aunque también acudieron a la consulta ginecológica, desconocen qué tipo de padecimiento era, sólo recuerdan que fue a los 20 y 26 años de edad, respectivamente, y que se aplicaron los óvulos y pomadas que el médico les indicó.

Finalmente, una mujer del cuarto modelo también mencionó haber padecido una infección vaginal a la edad de veinte años. Para atender su padecimiento acudió con un médico, a quien no le preguntó qué tipo de infección era, sin embargo, como esa no cesó probó remedios caseros:

...Me resultó un flujo, al mes de que me pasó eso con el ingeniero, era un flujo espeso, blanco que olía feo, hasta cuando me venía mi regla, la sangre me salía bien revuelta con mi flujo y yo le pedía a la virgencita que se me quitara y no, y estaba bien asustada, ya después fui con el médico y me recetó unas pomadas. Una creo que se llamaba que Canesten y unos óvulos y no, no se me quitaba, me ardía y me daba comezón. Ya después me dijeron que me hiciera lavados vaginales con planta de malva, y sí, si le hice y ya luego el doctor también me dijo que me lavara con unos polvos y ya, ya después de mucho rato se me quitó...(Julietta, 39 años, es madre soltera, ha tenido cinco compañeros sexuales, padeció Nic III y fue sometida al procedimiento de conización).

Estos comportamientos revelan que, de manera semejante a la ignorancia que las mujeres tienen respecto a sus órganos sexuales, ellas tienden a desconocer el origen de sus infecciones vaginales. Así, se automedican o, si asisten con un médico, es común que no indaguen las causas y tipo de padecimiento que sufren. De esta manera, viven sus malestares con desconocimiento, lo que dificulta la prevención de los mismos.

3.5. El contacto de las mujeres con las instituciones médicas.

Un elemento clave en la detección temprana tanto de infecciones como de enfermedades de transmisión sexual, es el contacto con instituciones prestadoras de servicios de salud y el trato que reciben las mujeres dentro de ellas.

En la mayoría de los casos, el contacto que las mujeres mantuvieron con las instituciones médicas -hasta antes de enfermar- estuvo ligado con los embarazos, por lo que el espaciamiento entre los mismos significaba un distanciamiento con la asistencia médica ginecológica.

Contrario a lo que se podría pensar, el género del (la) ginecolog@ tratante es una limitante más que impide o estimula, la primera revisión médica así como determina la periodicidad de las subsecuentes. En este sentido, algunas mujeres, tres casos, aseveraron que aunque el doctor les procuró una atención excelente y cordial, para ellas sería mejor que las revisara una mujer, pues con ellas tendrían más confianza para contarles sus experiencias. Además creen que una ginecóloga puede llegar a comprender más las diferentes situaciones a las que se enfrenta una mujer, cuando se trata de atender un padecimiento relacionado con su cuerpo. Sólo una mujer prefiere que sea un hombre quien la revise ya que ha tenido que soportar maltratos físicos y psicológicos por parte de enfermeras y doctoras.

Influencia de las relaciones de poder entre hombres y mujeres en la incidencia de CaCu.

Los restantes casos argumentaron que es igual si un hombre o una mujer las revisa, pues lo más importante para ellas es la atención médica y su salud. También consideran que la atención que les ha proporcionado el doctor a cargo ha sido tan buena que no han considerado cambiarlo.

Por otro lado, más de la mitad de las mujeres opinaron que el servicio del Hospital General es bueno, pues de acuerdo con sus testimonios los médicos, las enfermeras, las trabajadoras sociales y las recepcionistas son muy profesionales, además de amables. Sin embargo, algunas mujeres afirmaron que aunque el servicio en general está bien, las enfermeras son muy déspotas, bruscas y regañonas.

A este respecto, es importante decir que sólo cinco mujeres utilizaron anticonceptivos, la razón por la que decidieron usarlos fue para evitar un segundo embarazo. Es así como el espaciamiento entre los embarazos y el período de la lactancia materna marca, de igual forma, el uso prolongado ó no de los anticonceptivos. Los problemas que padecieron estas mujeres, luego de usar distintos anticonceptivos, fueron físicos y emocionales. Algunas mencionaron que subieron de peso, comenzó a salirles manchas en la cara, sangrados irregulares, náuseas y alteraciones en su estado de ánimo. Las mujeres que nunca utilizaron métodos anticonceptivos aseveran que hubieran deseado hacerlo para planificar su familia, sin embargo, no los conocían y piensan en que tal vez no los sabrían usar adecuadamente.

Ese mismo desconocimiento detectamos al preguntarles sobre la prueba de papanicolau, pues la mayoría no sabía, incluso algunas todavía no entienden cuál es el fin de dicha prueba. Todas las mujeres de la muestra mencionan haber experimentado un sentimiento de *obligación* al practicársela, pues de acuerdo con sus testimonios, no deseaban hacerlo porque pensaban que ellas jamás se enfermarían sólo por tener relaciones sexuales, aunque también les daba pena por el proceso al que se someterían o definitivamente, dos de ellas,

Influencia de las relaciones de poder entre hombres y mujeres en la incidencia de CaCu.

afirman no haber tenido tiempo para realizárselo. Hoy, es todo lo contrario, prefieren perder tiempo a perder un segmento de matriz.

Otra forma, como dicen ellas, de obligarlas a realizarse la prueba fue por la presión de mecanismos de coerción social ejercidos por los programas sociales, empresas, amistades o sus médicos generales, quienes las obligaron a estarse revisando periódicamente para poder continuar como beneficiarias de dicho programa.

La edad promedio de la aplicación de la prueba fue de 34.5 años, cabe subrayar que el resultado en cinco de ellas fue cáncer microinvasor, lo cual quiere decir que se encontraban en una etapa muy avanzada de la enfermedad. Asimismo, se presentó un caso de cáncer in situ, lo cual refleja que la enfermedad fue descubierta muy a tiempo. Por último se presentaron tres casos en el que los resultados arrojaron indicios de cáncer y, un caso más, una pelvis normal.

La primera vez en que las mujeres del modelo I acudieron a una consulta ginecológica fue para revisarse de su embarazo a los 17 y 29 años (2 casos). La otra mujer consultó al especialista a los 48 años de edad para realizarse su primer papanicolau. Para estas tres mujeres no era común asistir a revisarse al ginecólogo porque no sabían sobre él y porque en sus familias de origen nadie lo hizo, por ello sólo lo hicieron para ver cómo iba su embarazo, cabe decir en este punto que ninguna de ellas usó algún método anticonceptivo, pues desconocían de su existencia y utilidad:

...Yo, a mí, la verdad me hubiera gustado usar uno de esos métodos, aunque fueras a escondidas, para no tener tantos hijos, pero ya ve que para la gente de antes, se tenían que tener los hijos que dios quisiera, y pues yo ni conocía de eso, nadie nos decía...
(Malena, 58 años, ha tenido un compañero sexual, padeció CaCu in situ y fue sometida al procedimiento de histerectomía).

Influencia de las relaciones de poder entre hombres y mujeres en la incidencia de CaCu.

Su primera prueba de papanicolau se la practicaron a una edad muy avanzada 55, 48 y 28 años, las razones por las que decidieron llevar a cabo dicha prueba fue porque sus familiares las persuadieron a hacerlo (dos casos). La otra mujer fue obligada en las pláticas a las que acudía al seguro social, pues de lo contrario no le otorgarían los servicios como derechohabiente. Los resultados de esta primera prueba fue de cáncer en los tres casos.

Es importante decir que, las mujeres pertenecientes a este modelo, prefieren que sea una mujer quien las revise, pues de acuerdo con sus testimonios sienten más confianza de platicarles sus síntomas. Finalmente, las tres concuerdan que el servicio del hospital, en general, es bueno.

Las mujeres del modelo II acudieron a su primera consulta ginecológica a temprana edad (17 y 19 años), el motivo de su visita fue, al igual que las mujeres del primer modelo, para que supervisaran sus primeros embarazos.

El uso de los métodos anticonceptivos en estas mujeres, estuvo determinado luego del primer embarazo y del periodo de lactancia, pues no deseaban embarazarse inmediatamente, ambas refieren el uso de pastillas, inyecciones y DIU. Asimismo, mencionan que tuvieron problemas físicos y emocionales provocados por el anticonceptivo tales como náuseas, cambios metabólicos, y trastornos en el estado anímico:

...Tenía alteraciones, lo que tenía mucho con la "mesigyna" era que estaba de mal humor, cualquier cosita como que me, me altero mi nerviosismo, este engordé, llegué a pesar como setenta y cinco kilos, pero era por lo mismo de las inyecciones y si era el mal humor lo que tenía y este engordé... **(Magaly, 31 años, vive en unión libre, ha tenido dos compañeros sexuales, padeció CaCu in situ y fue sometida al procedimiento de histerectomía).**

En lo que atañe a la prueba de papanicolau, una y otra mencionan que se enteraron de la misma hasta, que un médico (en un caso) y los directivos de la fábrica donde labora, en otro caso, las persuadieron para que la llevaran a cabo. El resultado del papanicolau fue normal en una mujer, la otra presentó cáncer.

Influencia de las relaciones de poder entre hombres y mujeres en la incidencia de CaCu.

En cuanto a quién prefieren que las revise, una mujer prefiere que sea una doctora, pues siente más confianza y menos vergüenza. Para la otra no importa el sexo del médico que la trate, lo que le interesa es que la revisen bien:

...Pues...a mí me han atendido hombres y se me hacen bien, no...ó sea, el chiste es de que tengan la ética porque muchas veces porque ó sea, uno por pena, le da pena pero si hablas bien con ellos abiertamente te entienden, pero... es lo mismo un hombre que una mujer, nada más que hay muchas veces que tú como mujer quisieras decirle algo, porque como mujer tiene las mismas cosas, pero pues ellos te atienden bien. Bueno a mí el que me ha tocado sí me ha atendido muy bien... **(Magaly, 31 años, vive en unión libre, ha tenido dos compañeros sexuales, padeció CaCu in situ y fue sometida al procedimiento de histerectomía).**

Ambas concuerdan en que el servicio del hospital es bueno porque es higiénico y los médicos y enfermeras son muy profesionales.

De igual forma las mujeres del prototipo III no acudían regularmente al ginecólogo, pues solamente lo consultaban para revisarse de sus primeros y subsecuentes embarazos. En un caso, donde no se procrearon hijos, acudió por primera vez a los 21 años a realizarse la prueba de papanicolau.

Las tres mujeres fueron obligadas a edades relativamente jóvenes (21, 22 y 32 años) a realizarse la prueba del papanicolau, dos, por parte del programa social en el que están inscritas (OPORTUNIDADES), la otra porque en la fábrica donde labora se lo solicitaron. Mencionan que desconocían dicha prueba y que nunca se imaginaron la importancia que tiene. Los resultados de esta primera prueba fueron normal, displasia grave y cáncer microinvasor.

El uso de métodos anticonceptivos se vio limitado por no haber sido supervisadas por un médico, así al momento de querer utilizarlos no sabían con seguridad cuál usar y cómo se utilizaban (dos casos). La otra mujer utilizó el método anticonceptivo conocido como dispositivo intrauterino (DIU) el cual fue recomendado por el médico después del embarazo.

Influencia de las relaciones de poder entre hombres y mujeres en la incidencia de CaCu.

Dos mujeres argumentan que les da igual si un médico mujer o varón las revisa, otra, considera que el trato que los médicos varones dan es mucho mejor, porque son más cuidadosos y amables:

...es que lo que no me gusta es que la enfermera es la que te mete el espejo, esa vez le dije que me dolía, ¡me duele mucho señorita le dije!, en eso empecé a sangrar y le volví a decir ¡por favor me duele! Y me dijo ay sí, aquí se vienen a quejar y bien que cuando están con los hombres todo es felicidad, ahí si que abren bien las piernotas... **(Salomé, 38 años, es divorciada, ha tenido dos compañeros sexuales, padeció CaCu microinvasor y fue sometida al procedimiento de conización).**

Finalmente, las dos mujeres pertenecientes al último grupo, refieren que tampoco frecuentaban regularmente al ginecólogo, a menos que estuvieran embarazadas. La prueba de papanicolau se la practicaron a la edad de 32 y 60 años, ambas fueron persuadidas por el programa social OPORTUNIDADES, el cual les pide como requisito acudir a los servicios de salud y uno de ellos es el ginecólogo. Los resultados que arrojó la citología fueron para un caso displasia grave y para el otro Cáncer in situ:

...Me lo hice porque de eso del Oportunidades nos obligaron, nos dijeron que si no no la hacíamos nos lo iban a quitar, pero yo no me lo quise hacer aquí porque me daba vergüenza de que lo hacía un doctor, y como dijeron que nos lo podíamos hacer en donde fuera y me fui al hospital de Indeco Ya me dijeron que como en un mes fuera por mis resultados. Luego me hicieron otro y me sangró, me dolio bien mucho, y ya luego me mandaron hablar y me dijeron que tenía que ir y les dije que porqué y me dijeron no es que le van a explicar allá y luego me fui con mi niño y le mostré los resultados al doctor y le dije me mandaron para acá: así, dice, acá ya está el nombre de usted, que me la reportaron, ya luego le dije: me podría decir para qué y luego dice es que voy a tener que revisarla otra vez, y le digo qué no quedó o qué, y me dijo no, y le digo no, es que ya no quiero, y me dice pues el niño que lo alse una enfermera, pero cómo le daba mi niño a una enfermera, y qué tal si se lo llevaba y le dije que la enfermera se pase con mi niño aquí junto a mí, pues si, le dije pues es que desconfío y, y luego y ame revisó y me dijo, si le sale una displasia leve, tenemos que operarte, y dice y tienes que venir porque si no te vas a poner muy grave en unos tres o cuatro años y dice tu eres una mujer muy joven y tienes toda una vida por delante y para que dejes a tus niños, y me dice cuántos son, y ya le digo tantos, y dice y de que edad y que eda y ya le digo, y me dice y qué en unos tres o cuatro años quieres dejar a esos niños huerfanitos, y yo le dije que no, y le dije que no quería porque me iba a doler, y ya me dijo no duele, prefieres sentir un dolorcito dice que salvar tu vida, le digo no pues si doctor, y ya me citó... **(Julieta, 39 años, es madre soltera, ha tenido cinco compañeros sexuales, padeció Nic III y fue sometida al procedimiento de conización).**

Influencia de las relaciones de poder entre hombres y mujeres en la incidencia de CaCu.

Nunca usaron anticonceptivos, pues aunque deseaban hacerlo y estaban al tanto de su existencia no sabían cómo usarlos y nunca preguntaron al médico por pudor. En este patrón, ambas mujeres prefieren que sea un varón quien las revise, pues son más cálidos en su atención que las médicas mujeres. Una y otra concuerdan en que el servicio del hospital es regular, pues las enfermeras que laboran en él les han brindado un trato descortés:

...Pues le digo hay una enfermera que es muy brusca, y me hizo el papanicolau y me sangró, pero nomás esa, también me gritó una vez, me dijo ¡llegando hay que reportarse! Y le dije pues yo no sabía y me gritó ¡pues por eso se pregunta! Y luego ya hasta una vez me dijo que ya no me iba a recibir que porque llegué cinco minutos tarde, pero el doctor me dijo no, no te preocupes, si te voy a recibir. No sí, es bien bueno el doctor... **(Julieta, 39 años, es madre soltera, ha tenido dos compañeros sexuales, padeció Nic III y fue sometida al procedimiento de conización)**

Todas las mujeres de la muestra desconocían la existencia del ginecólogo, del papanicolau y de los métodos anticonceptivos porque su universo sociohistorico y cultural, lleno de creencias y desinformaciones, no les había permitido acceder a este tipo de conocimiento. Es así como este desconocimiento heredado como normal, les provoca temor y dudas sobre cómo cuidar su cuerpo. En este sentido, el temor las hace soportar regañones y malos tratos tanto de sus familiares como de algunos prestadores de servicios de salud, al momento de acudir y ver el estado grave de salud en el que se encuentran.

Los datos aquí presentados confirman, una vez más, la ignorancia de las mujeres respecto a su cuerpo. Así, tienden acudir al ginecólogo con motivo de sus embarazos y no a usar métodos anticonceptivos ni practicarse la prueba de papanicolau. Este comportamiento fue común en las mujeres que pertenecen al grupo prototipo de la mujer enferma sanjuanense y, en mayor o menor grado, varió en los otros conjuntos femeninos.

Influencia de las relaciones de poder entre hombres y mujeres en la incidencia de CaCu.

4. La experiencia de la enfermedad.

4.1. Conocimiento y significado de las enfermedades de transmisión sexual.

La mujer enferma de Cáncer Cérvico Uterino es...
Producto de la ignorancia.

Magaly, 31 años, padeció CaCu in situ.²⁸

Para profundizar en aspectos tales como la experiencia de la enfermedad, utilizamos como antecedente preguntas referentes a las enfermedades de transmisión sexual, qué y cuáles son, qué las produce y cómo se previenen. De lo anterior, detectamos escasos conocimientos y una gran confusión en los mismos que vale la pena interpretar. Por una parte descubrimos que todas las mujeres de la muestra desconocen qué son las enfermedades de transmisión sexual y es que, aunque algunas tratan de dar una explicación de las mismas, se confunden y no diferencian entre una ITS y una ETS, creen que una ETS es sinónimo de infecciones locales propias de la mujer.

Un dato que llama la atención es que, cuando se les pregunta si conocen alguna enfermedad de transmisión sexual, la mayoría reconoce el SIDA como la más grave. Al respecto, dos mujeres del modelo IV mencionaron la gonorrea, la sífilis, el flujo y el piojo.

Otro punto con el que concuerdan todas las mujeres de la muestra es que, las ETS, son infecciones que se pueden presentar tanto en el hombre como en la mujer, pero refieren que la enfermedad se desarrolla de forma más acelerada en la mujer que en el varón. Así Magaly nos dijo:

...Mmm, son infecciones, no que te dan tanto a la mujer como al hombre, este...ahorita de las que me acuerdo que he leído es la sífilis, gonorrea y eso la padece tanto el hombre como la mujer, ó sea los dos. Nada más que por ejemplo a una mujer se nos detecta luego, luego, y un hombre puede estar años y tiene, bueno lo que yo he leído, un hombre puede estar años con una

²⁸ Vive en unión libre, ha tenido dos compañeros sexuales, y fue sometida al procedimiento de histerectomía.

Influencia de las relaciones de poder entre hombres y mujeres en la incidencia de CaCu.

enfermedad y no tienen ningún signo ni nada, ó sea, y una mujer luego, luego se altera nuestro organismo. Eso lo he leído, so lo he leído sabes en dónde, en las revistas de quince a veinte, te hablan mucho de la sexualidad y de, de infección, todo eso, pero sí, de las que me acuerdo, esas... **(Magaly, 31 años, vive en unión libre, ha tenido dos compañeros sexuales, padeció CaCu in situ y fue sometida al procedimiento de histerectomía).**

...Pues yo sé de unas, pero no sé si sean, el primero es, bueno la infección del cáncer, el SIDA, no sé cómo se llamen otras enfermedades, creo es...gonorrea o algo así y otras pero no me acuerdo cuáles... **(Nidia, 36 años, es madre soltera, ha tenido tres compañeros sexuales, padeció CaCu microinvasor y fue sometida al procedimiento de histerectomía).**

Al preguntarles si saben qué produce las enfermedades de transmisión sexual, ocho mujeres de la muestra (modelos I, II, y III) desconocen dicha información, sin embargo, nuevamente son las dos mujeres restantes (modelo IV) quienes coinciden en que la promiscuidad tanto del hombre como de la mujer y la falta de protección son los principales factores que contribuyen en la adquisición de una ETS. Salomé nos habla sobre ello:

...Pues a lo que yo tengo entendido es porque has tenido muchas parejas sexuales, y tú no sabes si se cuidan o no se cuidan...este, eso es lo que tengo entendido, que porque tienes muchas parejas sexuales, ó sea, ponle que tú no andes con ellos, pero tú no sabes si esas ya se metieron con él, eso es a lo que voy... **(Salomé, 38 años, es divorciada, ha tenido dos compañeros sexuales, padeció CaCu microinvasor y fue sometida al procedimiento de conización).**

En cuanto a la prevención de las ETS, siete mujeres de la muestra coinciden en que el condón es una de las formas en que se pueden prevenir, (modelos II, III y IV); las mujeres del primer modelo desconocen cómo se puede prevenir una ETS. Es de llamar la atención que ninguna de las mujeres mencione que también se pueden prevenir por medio de una vida sexual responsable, esto implica no tener relaciones sexuales extramaritales o haber tenido varias parejas sexuales sin utilizar protección, conocer la vida sexual de su pareja, conocer su cuerpo e involucrarse los dos en esta vida sexual responsable.

Influencia de las relaciones de poder entre hombres y mujeres en la incidencia de CaCu.

Por lo anterior, concluyen ellas que todo este aprendizaje sobre las enfermedades de transmisión sexual, las relaciones sexuales y las decisiones que estas implican han sido producto de su propia experiencia, (nueve casos). Sólo una de ellas (modelo II) refiere que todo lo aprendió en la secundaria y de algunas revistas que tratan estos temas.

Para finalizar el apartado y con la intención de saber cómo conciben a la mujer enferma de Cáncer Cérvico Uterino, les aplicamos un ejercicio de completar ideas, así les preguntamos: la mujer enferma de Cáncer Cérvico Uterino es... La mayoría de ellas la conciben que la palabra cáncer es algo malo, esta palabra tiene en ellas una acepción negativa. En los demás casos, las respuestas fueron relacionadas con la ignorancia que tienen con respecto al cuidado de su cuerpo y las enfermedades de transmisión sexual (modelos I y II y IV):

...una mujer que no fue a sus citas médicas, ó sea que no iba al doctor constantemente, porque si no lo hubiéramos detectado a tiempo, otra cosa sería, somos desidiosas, ó sea, dejamos de ir dos años al doctor y ya, no pasa nada. Dices ahorita se me quita, pero por dentro va corriendo y no sé, yo creo que eso ahorita ya no debiera de pasar, ya todos nos debemos de cuidar, cada seis meses aunque uno no tenga nada ir al doctor, hacerse un chequeo... **(Magaly, 31 años, vive en unión libre , ha tenido dos compañeros sexuales, padeció CaCu in situ y fue sometida al procedimiento de histerectomía).**

Otra de ellas lo relaciona con la ignorancia y el descuido de su cuerpo después de haber sido detectada una lesión (modelo III):

...la mujer enferma de cáncer, es...producto de la ignorancia, es...por no tener, por no acudir a su ginecólogo para preguntar las, las consecuencias... **(Nidia, 36 años, es madre soltera, ha tenido tres compañeros sexuales, padeció CaCu microinvasor y fue sometida al procedimiento de histerectomía).**

Otra mujer del mismo tercer modelo refiere que la mujer enferma de CaCu es señalada en el lugar en el que vive, ya que relacionan la enfermedad con la poligamia por parte de ellas, mientras al esposo no se le responsabiliza de nada. Zaira nos cuenta al respecto:

...es...es señalada, hablan de ella mal, pues sufre mucho y si hay remedio pues la, o sea que si uno anda mal y uno va ahí luego, luego al ginecólogo si se salva uno de morir, y si no lo detectan así rápido se muere uno lentamente... **(Zaira, 37 años, es viuda, ha tenido cinco parejas sexuales, padeció Nic III y fue sometida al procedimiento de conización).**

Nos queda claro que entre las mujeres de la muestra existe confusión y una ausencia de conocimiento sobre estos temas, lo cual nos hace inferir que su condición generica al igual que su historia individual las ha colocado en una posición desventajosa a la hora de acceder a los medios de conocimiento, justificando así su papel de mujer buena y legitimando su posición dentro de la estructura familiar y social como un ser que no puede acceder, poseer, ejercer ni dar a conocer todo aquello que disfuncione su rol de madre/esposa. Ante esta situación, también, detectamos que existen mujeres que manifiestan enojo y buscan mecanismos que transgredan de alguna forma este sistema patriarcal que las ha mantenido en la ignorancia y les ha traído como resultado una enfermedad que de no haberse detectado a tiempo, les hubiera provocado la muerte. Han buscado la forma de demostrar que están inconformes y reproducen e interiorizan comportamientos como los de sus parejas, o sea, comportamientos masculinos, destacando el de tener varias parejas sexuales. Por lo tanto, mientras procuran aliviar su situación con esta acción olvidan, al mismo tiempo, la responsabilidad que implica imitar los comportamientos masculinos. En esta situación la mujer no toma en cuenta que este tipo de acciones, ejercidas por ella, pueden llegar a convertirse en un factor de riesgo para la salud de su cuerpo (Modelos III y IV).

Finalmente, las mujeres que aquí hablaron son otras después de la enfermedad, siguen teniendo creencias tradicionales sobre los roles y la sexualidad de la mujer y del hombre, pero algunas de ellas las han modificado para procurar cuidar algo que durante mucho tiempo parecía no ser de ellas, su cuerpo. Hoy su cuerpo no tiene el mismo significado que el que su posición generica e histórica les había asignado, hoy saben que su cuerpo y bienestar depende sólo de ellas. Hoy saben que su cuerpo es un espacio de poder que

sólo les pertenece a ellas. Sólo falta utilizar este poder de una forma consciente, donde su salud este antes que cualquier idea, creencia o situación que desequilibre su vida.

4.2. El descubrimiento de la enfermedad.

De las diez mujeres entrevistadas ninguna ingirió bebidas alcohólicas ni consumió drogas en toda su vida, sin embargo tres de ellas (modelos I, III y IV) afirmaron haber fumado por un período aproximado de cinco años, con una frecuencia de una cajetilla por semana.

Es de resaltar que el único hábito nocivo para la salud que más de la mitad de las mujeres aseguraron padecer, fue el hecho de sobrellevar una vida muy estresante (7 casos, modelos II, III y IV), tal situación se debió a los problemas que tuvieron o tienen con sus "parejas":

...Pues yo creo que, con lo que con él viví, sí, tanto que ahorita me está resultando la presión, la presión alta. Yo pienso porque al, al estar así, al pensar que va a llegar borracho, que me va a llegar a pegar, también se presiona uno. Eso me daba miedo, miedo cada que venía borracho, o sea que yo era como si fuera su hija porque él me quería hacer a su modo de él y a mí no me gustó nada de él, su familia también tomaba. Y quería que yo tomara con él y como, pus mi papá si tomaba, pero no porque mi papá tomara mi mamá iba a tomar. Aparte él me golpeaba porque decía que no quería convivir con su familia, me golpeaba que porque me bañaba, me golpeaba que porque me cambiara, no le gustaba que yo me bañara ni que yo me cambiara, porque me decía que aló mejor me iba a ver a otra persona...**(Nidia, 36 años, es madre soltera, ha tenido tres compañeros sexuales, padeció CaCu microinvasor y fue sometida al procedimiento de histerectomía).**

En otros dos casos la falta de dinero provocaba tal situación, y, finalmente, se presentó el caso de una mujer que era violentada por su hermano provocándole estrés:

...Pues aló mejor sí, porque cuando yo vivía en casa de mis papás uno de mis hermanos me hizo la vida de cuadritos, me corría, me corría de la casa. Él era muy buena gente, pero luego se juntó con una mujer, y yo no sé, pueque prefirió a ella que a mí. Me decía muchas cosas, y me corría, y una vez cuando nació una de mis hijas, es que cuando me iba a aliviar de esa niña que le platico, yo iba bien mala, iba con una tía y me lo gritó bien

Influencia de las relaciones de poder entre hombres y mujeres en la incidencia de CaCu.

claro. Ahí, me enfrentó y me dijo: que ya ni un paso pa' dentro de la casa, dijo sea niño, sea niña ,lo que sea dice lo avientas a la basura, lo "horcas", o lo regalas o lo matas, quién sabe, y bienvenida a la casa, pero si llegas con ese escuincle abrazado dice a la chingada de aquí. Me alivié ahí por la primaria iré, ahí por un ladito. Yo iba con una tía y ahí se me salió la niña, y sí, ya nomás me apoyé de ella y al aire libre. Ella fue la que le cortó ombligo y me arreglo a mí y todo, y luego me llevaron a una casa sola, en donde se acababa de morir uno de mis abuelitos y tuve miedo. Sufrí hambre, ¡no, no, ese hombre! Si pero yo dije pues cómo voy a regalar a mi niña, cómo la voy a tirar...(Julieta, 39 años, es madre soltera, ha tenido cinco compañeros sexuales, padeció Nic III y fue sometida al procedimiento de conización).

Dichos antecedentes de la salud de las mujeres, no sólo evidencian factores de riesgo que contribuyeron al desarrollo de la enfermedad, sino que ponen de manifiesto las distintas situaciones que acontecían en la dinámica familiar y que las mantenían en un estado de estrés tan profundo que olvidaban atender su cuerpo.

Es así como inferimos que en esta muestra de mujeres el estrés actúa como un factor de riesgo, pero no de forma biológica como mencionan los médicos, sino más bien de forma psicosocial. Su posición genérica las ubica en una posición de constantes cuestionamientos sobre su vida y la forma en que la llevan. Muchas de estas mujeres mencionan que esta situación provocaba que se preocuparan más por lo que iba a decir su familia o los diferentes grupos sociales con los que tenían contacto en su cotidianidad, que lo que estaba sucediendo en su cuerpo al momento de presentar síntomas que requerían atención médica.

Una vez analizados los hábitos de salud de las mujeres, examinaremos ahora cómo fue que descubrieron su enfermedad.

El proceso por el cual las mujeres pudieron descubrir su enfermedad fue el siguiente. Primero, acudieron al hospital para que les realizaran la prueba del papanicolau, se les indica que tienen que regresar por los resultados de la prueba, incluso mencionan que fueron visitadas por personal de salud para recordarles que fueran a recoger lo más pronto posible sus resultados y que

Influencia de las relaciones de poder entre hombres y mujeres en la incidencia de CaCu.

pasaran al Hospital General para que las revisara nuevamente el ginecólogo. Ante esta situación, las diez mujeres testifican que sintieron temor, preocupación y experimentaron crisis nerviosas por la situación. Es así como se enteran de su enfermedad y es a partir de este momento cuando la palabra cáncer adquiere una connotación de preocupación mayor que antes de esto.

Es de subrayar, en este punto, que en los cinco casos de las mujeres que mantienen una relación conyugal, el varón reaccionó de diferentes maneras ante esta situación. En tres casos apoyaron a su pareja, y la estimularon para que siguiera las recomendaciones del médico, (modelos I y II). En un caso, el conocimiento del diagnóstico fue motivo de discusión y separación temporal de la "pareja" (modelo II). En otro caso, el esposo acusó a la "pareja" de inventar pretextos para no atenderlo y para no tener relaciones sexuales. (Modelo I):

...Ese señor me decía que puros pretextos, me decía ¡puros pretextos inventas vieja!, nomás para no atenderme, qué vas a tener cáncer ni que nada, esos doctores están ciegos, qué no ven que estás re-fuerte, re-sana, tú no tienes nada decía, nada... **(Camila, 58 años, está casada, ha tenido un compañero sexual, padeció CaCu in situ y fue sometida al procedimiento de histerectomía).**

...Pues es que fue, fue por eso que nos separamos porque yo le decía que era por su culpa y que no se qué, que seguro que, es que te dicen es que alo mejor usted ha tenido contacto con otras parejas y pues yo nunca, yo nunca, entonces lo que hice fue echarle la culpa a él. Y ya de ahí nos peleamos y todo y ya nos separamos, pero si fue a partir de eso que me detectaron... **(Magaly, 31 años, vive en unión libre, ha tenido dos compañeros sexuales, padeció CaCu microinvasor y fue sometida al procedimiento de histerectomía).**

...Mi esposo me apoyó, me dijo que no tuviera miedo, que no iba a pasar nada malo, me dio ánimo para ir, porque no quería ir, y el me dijo no, no tengas miedo, no pasa nada... **(Gloria, 33 años, está casada, ha tenido tres compañeros sexuales, padeció CaCu in situ y fue sometida al procedimiento de conización).**

Influencia de las relaciones de poder entre hombres y mujeres en la incidencia de CaCu.

4.3. Atendiendo el padecimiento.

Después de enterarse del diagnóstico, todas las mujeres mencionan que en ese momento lo único que les interesaba era saber cómo atender la enfermedad, que alguien les explicara si existía alguna forma. Una vez que el ginecólogo las revisó de nueva cuenta y confirmó su diagnóstico, es decir, el tipo de lesión que presentaban, así como el grado de malignidad de la misma²⁹, fueron sometidas en una segunda cita a diversos procedimientos quirúrgicos. A las tres mujeres del modelo I, a una mujer del modelo II y a otra del modelo III les extirparon su matriz, sin embargo, cada una vivió esta experiencia de diferente manera. Por ejemplo, Regina se sometió a quimioterapias y nos cuenta al respecto:

...el primer día que fui, yo nomás miraba a la gente dormida, no, pues ya la segunda vez que me pusieron el medicamento, este, mi esposo siempre me acompañaba, me acompañaba porque el doctor decía que algunas personas se marean y les dan vómito, y no, a mí no me dio vomito ni me maree. La segunda vez que fui yo también me dormí, empezaba como a las 9:00 agarraban la vena, el suero, me ponían uno y se me acababa y me ponían otro...y era lento, hasta las cuatro de la tarde salíamos de allá. Pero sí comía muy bien, porque me dijo la de las damas azules, me dijo ese día que venga muy bien dice pa' que su medicamento no vaya en ayunas y si, en la mañana mi hermana me daba un bistec asado, un café con leche o atole, me comía una tortilla. Sin hambre no me sabía bien verda, pero me la comía. Luego me compraba unas manzanas y me las iba comiendo en el camino, y otras personas decían que solo se comían una leche, y yo sí almorzaba muy bien. También me decía que una semana antes comiera muy bien, y si, yo ya quería que llegara la semana, que llegara ese día, con ansia, luego ya me ponían el medicamento, ya me sentaban y me lo ponían, pero yo ya tenía ganas de que me lo pusieran... Por seis meses fui, ya después me dieron de alta de mis quimios, ya ahora nomás voy a que me chequen con el ultrasonido, las radiografías, este, análisis de sangre, y si los he llevado. No tengo anemia ni nada, ahora ya nomás me citan cada cinco meses. Ahora me toca ir hasta septiembre. Fui ahora el día 17 de abril con el doctor, pero me quitaron mis ovaros, mi matriz, el apéndice, y ya ahora si me dijo que estaba bien, pero ¡hayyy unos sudores que me daban! Luego se me cayó todo mi pelo, me ponía un paño, pero así salía a la calle siempre, con mi paño. Qué vergüenza es, es natural, pues la gente lo sabe y no lo trataba de ocultar, luego mi esposo me decía que vámonos para acá, vamos pa'lla, vamos a la pescadería y sí, dondequiera andaba dondequiera me traía así. Yo también salía, con mi familia, mis hermanos, mis sobrinos, todos me apoyaron... **(Regina, 54 años, está casada, ha tenido dos compañeros sexuales, padeció CaCu microinvasor y fue sometida al procedimiento de histerectomía).**

²⁹ Cinco mujeres fueron diagnosticadas con cáncer in situ, tres con cáncer microinvasor y dos con

Influencia de las relaciones de poder entre hombres y mujeres en la incidencia de CaCu.

Los cinco casos restantes fueron sometidos al procedimiento de conización (modelos II, III y IV):

...me citó un 12 de diciembre a las 10 de la mañana, y ese día no había camiones. Me fui caminando de aquí a Galindo y llegué a Indeco a las 11:00 y yo dije no me va a atender, y si me pasó. Todavía tenía miedo, todavía me estuvo convenciendo así el, y de repente sacaba por aquí que instrumentos, y ya, me daba bien harto miedo, y de repente que empieza a sacar bisturís y quién sabe cuanto cosa del demonio. Y dije qué me irá a hacer, ya de repente sentí como frío y ya era la anestesia, y ya luego me dijo que me iba a cortar, y ya dije, hay! cómo me ira a cortar. Si me la hizo, pero olvídese, cuando me dijo que ya había terminado me vomite, y luego me dijo oyes Julieta, de qué color está pintado este cuarto me dijo, y le dije de verde y me dijo no, no, no, Julieta, esto ya no me gusta. Yo sentía que me quería dar un mareo, y devolví, y devolví, y ya luego me vine para mi casa, y luego, iré, duré bien harto como dos meses de que no podía estar parada mucho rato una media hora parada y ya me sentaba. No podía aguantar parada y después ya le dije al doctor y dijo es normal, es normal porque una herida por fuera, se va a sanar muy rápido, pero una herida por dentro no, porque está húmedo, entonces se va a ir sanando poco a poco, pero la ventaja que hay en ti dice, es que vas muy bien, muy bien, porque hay muchas señoras que regresan dice, y qué pasa con ellas, que ya les ha vuelto a retoñar, dice y a ti no te ha retoñado nada... **(Julieta, 39 años, es madre soltera, ha tenido cinco compañeros sexuales, padeció Nic III y fue sometida al procedimiento de conización).**

Después de que el especialista realizó los procedimientos necesarios para evitar que la lesión dañara más el cuerpo de las mujeres, sugirió algunos cuidados y medidas necesarias para que la lesión sanara por completo, tales como: guardar reposo, abstención de relaciones sexuales, evitar cargar cosas pesadas, ingerir medicamentos no especificados, aplicación de óvulos o pomadas. Sin embargo, sólo nueve mujeres aprobaron las recomendaciones. Julieta, una de las mujeres del cuarto modelo, sufrió una hemorragia a causa de cargar objetos pesados por lo cual tuvo que ser hospitalizada de nueva cuenta. Aprender a vivir con su enfermedad, enfrentarla y combatirla ha orillado a las mujeres a preocuparse más por su cuerpo, pues a partir de tal experiencia todas siguen acudiendo a su revisión.

Un dato interesante es que cinco mujeres pertenecientes a los modelos I (2 casos), modelo IV (2 casos) y una mujer del modelo II, afirmaron que aún no

Influencia de las relaciones de poder entre hombres y mujeres en la incidencia de CaCu.

logran comprender por qué enfermaron, pues de acuerdo con ellas, el ginecólogo no les explicó las causas de su padecimiento y ellas mismas no le preguntaron. Las demás mujeres aseveraron que el médico si les reveló las causas de su enfermedad, entre las que destaca la conducta sexual como principal factor de riesgo. Nidia y Magaly nos cuentan sobre ello:

...Si, me dijo que era por muchas veces dice, nosotros, nosotros los doctores no alcanzamos a saber por qué hay cáncer, así que no se cura, que no hay cura para el cáncer, pero si usted, por ejemplo si se, se le detecto a tiempo, se le quita la matriz, usted no puede tener relaciones, usted hubiera tenido relaciones con condón usted no tuviera esto. Pero no crea que usted es la única, hay entre usted, hay miles de mujeres así, que sin experiencia hacen lo que hacen dice, pero nosotros también les podemos dar un, platicas para ver cómo se pueden controlar, cuidar. Ya cuando lo piensa uno ya es demasiado tarde...(Nidia, 36 años, es madre soltera, ha tenido tres compañeros sexuales, padeció CaCu microinvasor y fue sometida al procedimiento de histerectomía).

...Sí, me dijo que, que eso era algo normal, que había mujeres, por ejemplo jovencitas de hasta dieciséis años que no tienen ni relaciones y ya tienen cáncer cervicouterino, ó sea me hizo entender que no siempre es lo mismo, porque yo pensaba que era por culpa de mi viejo, por andar de canijo, pero, ó sea, que son miles de causas, ó sea no nadamás una, entonces ya entendí, pero sí, sí me explicó...(Magaly, 31 años, vive en unión libre, ha tenido dos compañeros sexuales, padeció CaCu microinvasor y fue sometida al procedimiento de histerectomía).

La mayoría de las mujeres lleva de dos a seis años en tratamiento, y todas afirman haber mejorado, no obstante, el Cáncer Cérvico Uterino dejó impregnada una marca en los significados y las creencias que ellas mantenían respecto a su cuerpo, su salud y su vida sexual. El tratamiento de la enfermedad también les ayudó a establecer y mejorar las formas de comunicación entre su "pareja" y familia.

Influencia de las relaciones de poder entre hombres y mujeres en la incidencia de CaCu.

4.4. La vida sexual durante la enfermedad.

Tres mujeres mencionaron que actualmente no mantienen relaciones sexuales pues no tienen pareja, todas pertenecen al tercer modelo. Las otras siete mujeres afirmaron que después de la enfermedad, sí mantienen relaciones sexuales. Sin embargo, sólo en uno de los casos lo hace por placer (modelo IV). Los seis casos restantes argumentaron mantener relaciones sexuales de una a dos veces por semana sin sentir satisfacción alguna, las razones por las que se sienten insatisfechas es porque, dicen, ya no sentir lo mismo que antes que les extirparan su matriz (4 casos) o les practicaron la conización (2 casos) y junto con ello se sienten forzadas a tenerlas para cumplir con su papel de esposa / pareja. Regina y Gloria nos cuentan su experiencia:

...Ya, ya no es como antes, porque antes sentía uno este..., como...deseo o, como ganas y este...satisfacción. Ya no es así. Pero mi esposo no me obliga, no se enoja o algo, pero así siento de ausencia de sexo, yo digo que por eso que me quitaron, o quién sabe...(Regina, 54 años, está casada, ha tenido dos compañeros sexuales, padeció CaCu microinvasor y fue sometida al procedimiento de histerectomía).

Ahora siento que como que me lastima, pero no se porqué, no quiero tener relaciones sexuales, la mera verdad es que ya no me dan ganas, pero pues le tengo que dar algo de satisfacción porque soy su mujer... (Gloria, 33 años, está casada, ha tenido tres compañeros sexuales, padeció CaCu in situ y fue sometida al procedimiento de conización).

Por su parte los hombres, aseguran no haber tenido relaciones sexuales con su esposa/"pareja", ya que sabían que se encontraban enfermas y que no era bueno en ese momento. Las relaciones sexuales, mencionan, se dieron después del tratamiento de su enfermedad, por lo menos una vez al día. Situación que generó confianza entre los dos para hacer de los encuentros sexuales una experiencia placentera. José Luis nos habla al respecto:

...Pues ahora es, es bien porque, como ya sabe que ya no tiene el mal, yo creo que ahora es hasta con más confianza. En ese tiempo no tuvimos nada de relaciones, pero ya después que ya se mejoró y dijo que estaba bien pues ya...(José Luis, 33 años, es esposo de Gloria).

Influencia de las relaciones de poder entre hombres y mujeres en la incidencia de CaCu.

4.5. Aspiraciones de una mejor vida sexual.

El contacto con la enfermedad ha provocado que las mujeres se preocupen un poco más por la salud de su cuerpo y por saber qué fue lo que originó la enfermedad. No modifican mucho el significado de su cuerpo erótico para los otros, pero procuran dentro de su cosmovisión, no repetir la experiencia de tener una enfermedad como el CaCu. Es por ello que algunas acuden de forma periódica al ginecólogo, para que las revise en cuanto tienen alguna molestia. Otras comienzan a pensar en el uso de los preservativos en ellas y su pareja.

En este sentido, las mujeres refieren que definitivamente la enfermedad les cambió la vida, que si antes hubieran tenido el conocimiento que hoy tienen sobre ella, tratarían de evitar enfermarse. Por lo anterior, sus aspiraciones de una mejor vida sexual se basan en no volver a enfermarse de lo mismo, de CaCu.

Las aspiraciones de su vida sexual, las separan de pensar en el otro, lo que les interesa y coinciden, es que desearían que su vida y su vida sexual fuera la misma que antes de la enfermedad, para sentir el mismo placer y las mismas ganas sin pudores.

...Como antes de que estuviera enferma pa' sentir así bonito, cada vez así que acabamos le digo ¡ay! yo quisiera sentir como antes, pero él no se enoja... **(Regina, 54 años, está casada, ha tenido dos compañeros sexuales, padeció CaCu microinvasor y fue sometida al procedimiento de histerectomía).**

Los hombres también coinciden en que desearían que todo fuera como antes, que los dos disfrutaran sin sentir temor como ahora después del tratamiento de la enfermedad. La experiencia con la enfermedad ha provocado que tengan temor de que su pareja vuelva a enfermarse o de lastimar la parte tratada.

...Quisiera que fuera como antes, no tener tantos cuidados porque... como que eso hace que no disfrutemos cuando tenemos relaciones, pero si quisiera que fuera como antes... **(Rogelio, 34 años. Su esposa estuvo en tratamiento por Nic III).**

Influencia de las relaciones de poder entre hombres y mujeres en la incidencia de CaCu.

Es interesante que los hombres basen sus aspiraciones en el pasado cuando sus esposas estaban sanas y los dos sentían placer y no en saber cómo y por qué enfermaron sus parejas. Ellos ignoran que la forma en que han llevado su vida sexual, en los tres casos promiscua, antes de conocer a su actual pareja, influyó de manera determinante para que la enfermedad se hiciera presente en el cuerpo de su pareja.

Influencia de las relaciones de poder entre hombres y mujeres en la incidencia de CaCu.

5. Conclusiones y recomendaciones.

Las dimensiones que analizamos, de acuerdo con el marco conceptual propuesto, nos permitieron resaltar la importancia de los aspectos sociales y culturales en un tema, aparentemente, de exclusiva importancia biológica. Fue así como pudimos detectar que, las relaciones asimétricas de las parejas que se traducen en saberes, creencias, conductas y valoraciones del cuerpo desiguales, son determinantes para la presencia de CaCu.

Por lo anterior, es imprescindible tomar conciencia del mundo patriarcal en el que aún viven muchas mujeres y hombres, que marca diferencias y desigualdades en las formas de vivir la sexualidad, conocer el cuerpo y apropiarse de él. En este contexto, las mujeres inician encuentros sexuales a una edad temprana, sin tener conocimientos suficientes sobre su sexualidad, su cuerpo, el cuidado del mismo y la vida sexual previa de su pareja. Por su parte, los varones inician su vida sexual con ignorancia respecto a su cuerpo y el de la mujer, pero con la seguridad de que tienen derecho a controlar la sexualidad femenina, a satisfacer sus propios deseos y a tener una doble moral sexual.

Esta ideología, que es producto de un antiguo desarrollo histórico, aún está presente en distintas instituciones sociales y prevalece en el espacio de la familia. Así, en el hogar, mujeres y hombres construyen su identidad genérica y delimitan sus posiciones diferenciales entorno al poder. El cuerpo y la sexualidad, son en este sentido, un campo relevante para el aprendizaje de las desigualdades genéricas. Los hombres aprenden, en este terreno, a ejercer el poder y las mujeres a legitimarlo. Las relaciones de pareja se convierten en interacciones de poder.

En este contexto, la vida sexual de las mujeres se fundamenta en la ignorancia y se acompaña de sentimientos de incertidumbre y temor. Así se siente, piensa y vive la sexualidad. Estas constantes se convierten en un campo propicio para el surgimiento y desarrollo de Enfermedades de Transmisión Sexual como el

Influencia de las relaciones de poder entre hombres y mujeres en la incidencia de CaCu.

Virus del Papiloma Humano, causante principal del Cáncer Cérvico Uterino.

Estos son padecimientos biológicos que encierran complejos procesos socioculturales.

Debemos entender que mujeres y hombres somos producto de un entorno social y cultural que influye en la forma de concebir y vivir varios aspectos de la vida como la sexualidad, el embarazo, el matrimonio, la educación de los hijos/as y la enfermedad, entre otros. En el tiempo- espacio del patriarcado, las mujeres y los hombres pueden infectarse o enfermarse con alguna ITS o ETS, y por las ideologías de género predominantes, se encuentran en situaciones desventajosas para enfrentar el padecimiento.

En los modelos femeninos detectados, el prototipo de la mujer sanjuanense, es uno de los más vulnerables para enfrentar la enfermedad. Esto no exenta a otros conjuntos de mujeres, que han transgredido el patrón tradicional asignado a la madre/esposa, de tener dificultades importantes para atender este padecimiento. No obstante la experiencia del CaCu, en sus distintas fases, altera la conducta femenina y las conduce a preocuparse más de su cuerpo y su sexualidad, hace que se involucren en el conocimiento de ello para así hacerlo parte de ellas.

Sin embargo, en medio de estas dificultades, las mujeres no experimentan una transformación radical de sus antiguas creencias, saberes, prácticas y valores. Varias continúan ignorando las causas de la enfermedad o, si tienen alguna noción de ellas, no tienen la conciencia suficiente para alterar de manera significativa sus relaciones de género. Para otras, la violencia del cónyuge, no siempre asociada con la presencia del CaCu, fue la causa de la separación del mismo pero, no siempre, de un cambio significativo en sus concepciones géricas.

Influencia de las relaciones de poder entre hombres y mujeres en la incidencia de CaCu.

Por todo esto consideramos que, las relaciones de poder intergeneracionales que moldean la sexualidad de mujeres y hombres, son un factor relevante, incluso más que los agentes biológicos en la aparición y desarrollo del Cáncer Cérvico Uterino.

En consecuencia, opinamos que las estrategias para prevenir las Enfermedades de Transmisión Sexual y el Cáncer Cérvico Uterino, requieren de un esfuerzo interdisciplinario. De allí que, los enfoques y metodologías biomédicas, deban ser articuladas con la perspectiva sociológica y antropológica, para poder abordar con eficacia estos problemas de salud pública, los cuales sólo podrán ser enfrentados, de una manera efectiva, desde un abordaje integral. De esta articulación se pueden desprender estrategias integrales para el cuidado de la salud de mujeres y hombres.

De acuerdo con lo anterior proponemos, a partir de nuestra investigación, promover grupos de discusión que coadyuven a las mujeres enfermas y no enfermas, a redefinir las relaciones intergeneracionales. Asimismo, consideramos necesario construir redes de apoyo para las mujeres enfermas dentro de los sistemas de salud estatales, de tal modo que ellas aprendan a conocer y a cuidar mejor su cuerpo. En este sentido, es pertinente resaltar que las instituciones de salud deben empezar a involucrar, de manera conciente, a la población masculina en programas de educación-información sexual y relaciones de género, los cuales tengan por objetivo la responsabilidad de su cuerpo, su sexualidad y una vida sexual simétrica y genéricamente sana.

Influencia de las relaciones de poder entre hombres y mujeres en la incidencia de CaCu.

Anexos

Influencia de las relaciones de poder entre hombres y mujeres en la incidencia de CaCu.

Anexo 1.

Guía de entrevista para las mujeres enfermas.

I. ANTECEDENTES.

1. Características generales de la mujer enferma

- 1.1. ¿Cuál es su nombre?
- 1.2. ¿Cuántos años tiene usted?
- 1.3. ¿A qué se dedica?
- 1.4. ¿Hasta que grado estudió?
- 1.5. ¿Cuál es su Estado civil?
- 1.6. ¿Cuánto gana mensualmente?

2. Características del cónyuge

- 2.1. ¿Cuántos años tiene su esposo / pareja?
- 2.2. ¿A qué se dedica?
- 2.3. ¿Hasta que grado estudió?
- 2.4. ¿Cuánto gana mensualmente?

3. Composición sociodemográfica del hogar

- 3.1. ¿Cuántas personas viven en su hogar?

Explorar:

- ¿Cuántos son padre, madre, hijos?
 - Sexos
- 3.2. ¿Cuántos años tienen sus hij@s?

4. Características generales de la familia de origen

Hábleme de sus padres,

- 4.1. ¿En qué trabajaba su padre? ¿Qué estudió?
- 4.2. ¿Su madre alguna vez trabajó? ¿Qué estudió?
- 4.3. ¿Cuántos miembros de la familia eran? (composición de parentesco: extensa, nuclear)
- 4.4. ¿Cuál era la ocupación de tus hermanos?

II LA DIMENSIÓN BIOLÓGICA.

1. Historia sexual

- 1.1. ¿A qué edad tuvo la primera relación sexual?
- 1.2. ¿Con quien?
- 1.3. ¿Como se dio?, ¿fue algo hablado, se prepararon?
- 1.4. ¿Usted quería tener relaciones sexuales en ese momento?
- 1.5. ¿Como fue para usted esa primera experiencia, qué sintió, qué paso?
- 1.6. ¿Cómo cambiaron las cosas luego de esa primera experiencia (en la pareja y para ella misma)?

Influencia de las relaciones de poder entre hombres y mujeres en la incidencia de CaCu.

- 1.7. ¿Inició entonces una vida sexual activa?
- 1.8. ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido en toda su vida?
- 1.9. ¿Qué tipo de higiene tiene antes y después del acto sexual?
- 1.10. ¿Alguna vez ha padecido infecciones vaginales?

Explorar:

- ¿Cuáles?
 - ¿A qué edad?
 - ¿Cómo se las atendió?
- 1.11. ¿Quién le explicó acerca de las relaciones sexuales?

2. Contacto con la asistencia médica ginecológica

- 2.1. ¿Cuándo fue su primera visita al ginecólogo?
- 2.2. ¿Para qué acudió?
- 2.3. ¿Asiste usted regularmente al ginecólogo para revisarse? ¿Por qué?
- 2.4. ¿A qué edad se hizo su primer papanicolau?

Explorar:

- ¿Por qué acudió a practicarse la prueba?
 - ¿Quién le habló sobre la prueba?
 - ¿Cuál fue el resultado de la prueba?
- 2.5. ¿Qué opina de los ginecólogos? ¿Es mejor que sea un hombre o una mujer?
 - 2.6. ¿Qué opina del servicio médico, en general?, ¿el del hospital?
 - 2.7. ¿Usa usted anticonceptivos? ¿Cuáles? ¿Por qué? ¿Por cuánto tiempo?
 - 2.8. ¿Ha tenido algún problema con los anticonceptivos?

3. Hábitos nocivos de salud de la mujer

- 3.1. ¿Usted fuma, con qué frecuencia?
- 3.2. ¿Usted toma bebidas alcohólicas, cuáles, con qué frecuencia, cuántas veces por semana?
- 3.3. ¿Consume alguna droga, cuál y con qué frecuencia?
- 3.4. ¿Considera que tiene una vida estresada, porque, qué consecuencias le trae?

4. Historia sexual masculina desde la perspectiva femenina

- 4.1. ¿Cuándo tuvo su esposo / pareja su primera relación sexual?
- 4.2. ¿Sabe usted cómo fue esa experiencia para él?
- 4.3. ¿Cuántas parejas sexuales tuvo su marido/ pareja antes de usted?
- 4.4. ¿Su marido / pareja usa condón?
- 4.5. ¿Su marido / pareja ha padecido una Enfermedad de Transmisión Sexual?
- 4.6. ¿Sabe si su marido / pareja fue circuncidado?

5. Vivencia de la enfermedad

- 5.1. ¿Cómo supo que estaba enferma?
- 5.2. ¿Qué hizo en ese momento?
- 5.3. ¿Qué hizo su esposo?
- 5.4. ¿Qué tratamientos probó antes de ir al ginecólogo?

Influencia de las relaciones de poder entre hombres y mujeres en la incidencia de CaCu.

5.5. ¿En qué momento acudió al ginecólogo?

5.6. ¿Qué tipo de recomendaciones le hizo el / la ginecolog@?

Explorar:

- Siguió las recomendaciones, las aprobó o las rechazó
- Su marido / pareja, aprobó o rechazó las recomendaciones

5.7. ¿El ginecólogo le explicó sobre las causas de su enfermedad?

5.8. ¿Cuánto tiempo lleva en tratamiento?

5.9. ¿Ha mejorado?

6. Repercusiones de la enfermedad en la vida sexual de la pareja.

6.1. ¿Cómo es su vida sexual ahora que está enferma?

6.2. ¿Cuántas veces por semana tienen relaciones sexuales?

6.3. ¿Quién decide dónde cómo y cuando tener relaciones sexuales?

6.4. ¿Manejan algún tipo de higiene en el acto?

6.5. ¿Son satisfactorias las relaciones sexuales?

III LA DIMENSION SOCIAL

1. Vida sexual con la pareja actual

1.1. ¿Cómo conoció a su actual marido / pareja?

1.2. ¿Cuánto tiempo duraron de novios?

1.3. ¿Cuándo se casaron o se unieron, porqué, qué esperaba usted de él?

1.4. ¿Cómo o cuando fue la primera vez que tuvo relaciones sexuales **con su pareja actual**, cómo fueron éstas?

Explorar:

- ¿Utilizo algún método anticonceptivo?
- ¿Sintió placer?

2. Toma de decisiones antes de la enfermedad

2.1. ¿Quién decidía cuando tener relaciones sexuales?

2.2. ¿Cuántas veces por semana tenían relaciones sexuales?

2.3. ¿Su marido / pareja le enseñó a usted cosas nuevas sobre las relaciones sexuales?

2.4. ¿Con qué frecuencia tomaba usted la iniciativa?

2.5. ¿Qué hacía si usted tenía deseos y el no, qué hacía él?

2.6. ¿Quién decidía y cómo lo decidían, cómo era el proceso?

2.7. ¿Qué actitud tenía su pareja durante el acto sexual, se preocupaba por usted?

2.8. ¿Usted se preocupaba de que su esposo / pareja la pasará bien?, ¿Por qué?

2.10. ¿Qué es para usted el placer sexual?

2.11. ¿Qué importancia tiene para usted sentir placer en las relaciones sexuales?

2.12. ¿Conversaba con su pareja sobre lo que le gustaba o no le gustaba?

2.13. ¿Y qué hacía si el tenía deseos y usted no, qué hacía él en esos casos?

Influencia de las relaciones de poder entre hombres y mujeres en la incidencia de CaCu.

2.14. ¿Alguna vez le pegó o le dijo groserías por no acceder a sus deseos?

2.15. ¿Usaban anticonceptivos?

- ¿por qué?

2.16. ¿Ha sufrido adulterio de parte de su pareja, él le ha sido infiel?

En caso de ser afirmativo:

- ¿Cómo descubrió la infidelidad?
- ¿Qué pasó después?

3. Aspiraciones

3.1. ¿Cómo le gustaría que fueran las relaciones sexuales?

Explorar:

¿Qué le gustaría hacer a usted?

¿Qué le gustaría que él hiciera?

IV. LA DIMENSION CULTURAL. EL SIGNIFICADO DE LA SEXUALIDAD Y EL CUERPO.

A continuación le voy a decir algunas palabras y necesito que usted me conteste lo primero que se le venga a la mente.

1. Atributos del cuerpo femenino y masculino

1.1. El cuerpo de la mujer es...

1.2. El cuerpo del hombre es...

2. Atributos de los órganos genitales femeninos y masculinos, localización y nombres

2.1. ¿Cuántos órganos genitales tiene la mujer? *Los podría dibujar en esta hoja*

2.2. Me puede mencionar los nombres de los órganos genitales de la mujer

2.3. ¿Qué función tienen los órganos de la mujer, para qué cree que sirven y cómo se cuidan?

2.4. ¿De dónde aprendió usted esto, quién se lo enseñó?

2.5. ¿Cuántos órganos genitales tiene el hombre? *Los podría dibujar en esta hoja*

2.6. Me puede mencionar los nombres de los órganos genitales del hombre

2.7. ¿Qué función tienen los órganos del hombre para qué cree que sirven y cómo se cuidan?

2.8. ¿De dónde aprendió usted esto, quién se lo enseñó?

3. La relación sexual

3.1. ¿Para usted qué es una relación sexual?

3.2. ¿Cómo ocurre la relación sexual?

3.3. ¿Qué cuidados se deben de tener?

3.4. ¿Quién debe de decidir cuándo, donde y como tenerlas?

3.5. ¿Por qué?

3.6. ¿De dónde aprendió usted esto?

Influencia de las relaciones de poder entre hombres y mujeres en la incidencia de CaCu.

Explorar:

3.7. ¿Cree conveniente que la mujer como el hombre tenga varias parejas sexuales?

3.8. ¿Está de acuerdo con que un hombre casado tenga relaciones extramaritales?

4. Las enfermedades de transmisión sexual

4.1. ¿Qué son las enfermedades de transmisión sexual?

4.2. ¿Cuáles conoce?

4.3. ¿Sabe cómo se deben atender?

4.4. ¿Sabe qué produce las enfermedades de transmisión sexual?

4.5. ¿Sabe cómo se pueden prevenir?

A continuación le voy a decir una palabra y necesito que usted me conteste lo primero que se le venga a la mente:

4.6. La mujer enferma de Cáncer Cérvico Uterino es...

Influencia de las relaciones de poder entre hombres y mujeres en la incidencia de CaCu.

Anexo 2.

Guía de entrevista para los esposos / parejas de las mujeres enfermas.

I. ANTECEDENTES.

1. Características generales del esposo de la mujer enferma

- 1.1. ¿Cuál es su nombre?
- 1.2. ¿Cuántos años tiene usted?
- 1.3. ¿A qué se dedica?
- 1.4. ¿Hasta que grado estudió?
- 1.5. ¿Cuál es su Estado civil?
- 1.6. ¿Cuánto gana mensualmente?

2. Características del cónyuge

- 2.1. ¿Cuántos años tiene su esposo / pareja?
- 2.2. ¿A qué se dedica?
- 2.3. ¿Hasta que grado estudió?
- 2.4. ¿Cuánto gana mensualmente?

3. Composición sociodemográfica del hogar

- 3.1. ¿Cuántas personas viven en su hogar?

Explorar:

- ¿Cuántos son padre, madre, hijos?
 - Sexos
- 3.2. ¿Cuántos años tienen sus hij@s?

4. Características generales de la familia de origen

Hábleme de sus padres,

- 4.1. ¿En qué trabajaba su padre? ¿Qué estudió?
- 4.2. ¿Su madre alguna vez trabajó? ¿Qué estudió?
- 4.3. ¿Cuántos miembros de la familia eran? (composición de parentesco: extensa, nuclear)
- 4.4. ¿Cuál era la ocupación de tus hermanos?

II LA DIMENSIÓN BIOLÓGICA.

1. Historia sexual

- 1.1. ¿A qué edad tuvo la primera relación sexual?
- 1.2. ¿Con quien?
- 1.3. ¿Como se dio?, ¿fue algo hablado, se prepararon?
- 1.4. ¿Usted quería tener relaciones sexuales en ese momento?
- 1.5. ¿Como fue para usted esa primera experiencia, qué sintió, qué paso?

Influencia de las relaciones de poder entre hombres y mujeres en la incidencia de CaCu.

- 1.6. ¿Cómo cambiaron las cosas luego de esa primera experiencia (en la pareja y para él mismo)?
- 1.7. ¿Inició entonces una vida sexual activa?
- 1.8. ¿Cuántas compañeras sexuales ha tenido en toda su vida?
- 1.9. ¿Qué tipo de higiene tiene antes y después del acto sexual?
- 1.10. ¿Alguna vez ha padecido infecciones de transmisión sexual?

Explorar:

- ¿Cuáles?
 - ¿A qué edad?
 - ¿Cómo se las atendió?
- 1.11. ¿Usted fue circuncidado?
 - 1.12. ¿Cuándo tiene relaciones sexuales usa condón?
 - 1.13. ¿Quién le explicó acerca de las relaciones sexuales?

3. Hábitos nocivos de salud del varón

- 3.1. ¿Usted fuma, con qué frecuencia?
- 3.2. ¿Usted toma bebidas alcohólicas, cuáles, con qué frecuencia, cuántas veces por semana?
- 3.3. ¿Consume alguna droga, cuál y con qué frecuencia?
- 3.4. ¿Considera que tiene una vida estresada, porqué, qué consecuencias le trae?

4. Historia sexual femenina desde la perspectiva masculina

- 4.1. ¿Cuándo tuvo su esposa / pareja su primera relación sexual?
- 4.2. ¿Sabe usted cómo fue esa experiencia para ella?
- 4.3. ¿Cuántas parejas sexuales tuvo su esposa/ pareja antes de usted?
- 4.4. ¿Su esposa / pareja usa condón?
- 4.5. ¿Su esposa / pareja ha padecido una Enfermedad de Transmisión Sexual?

5. Vivencia de la enfermedad

- 5.1. ¿Cómo supo que su esposa / pareja estaba enferma?
- 5.2. ¿Qué hizo usted en ese momento?
- 5.4. ¿Qué tratamientos probó su esposa/ pareja antes de ir al ginecólogo?
- 5.5. ¿En qué momento acudió su esposa / pareja al ginecólogo?
- 5.6. ¿Qué tipo de recomendaciones le hizo el / la ginecolog@ a su esposa / pareja?

Explorar:

- Su esposa/ pareja siguió las recomendaciones, las aprobó o las rechazó
- 5.7. ¿Usted aprobó o rechazó las recomendaciones que le hicieron a su esposa / pareja
 - 5.8. ¿El ginecólogo le explicó a usted sobre las causas de la enfermedad de su pareja?
 - 5.9. ¿Cuánto tiempo lleva su esposa / pareja en tratamiento?
 - 5.10. ¿Su esposa / pareja ha mejorado?

6. Repercusiones de la enfermedad en la vida sexual de la pareja.

- 6.1. ¿Cómo es su vida sexual ahora que su esposa / pareja está enferma?
- 6.2. ¿Cuántas veces por semana tienen relaciones sexuales?
- 6.3. ¿Quién decide dónde cómo y cuando tener relaciones sexuales?
- 6.4. ¿Manejan algún tipo de higiene en el acto?
- 6.5. ¿Son satisfactorias las relaciones sexuales?

III LA DIMENSION SOCIAL

1. Vida sexual con la pareja actual

- 1.1. ¿Cómo conoció a su actual esposa / pareja?
- 1.2. ¿Cuánto tiempo duraron de novios?
- 1.3. ¿Cuándo se casaron o se unieron, porqué, qué esperaba usted de ella?
- 1.4. ¿Cómo o cuando fue la primera vez que tuvo relaciones sexuales **con su pareja actual**, cómo fueron éstas?

Explorar:

- ¿Utilizo condón?
- ¿Sintió placer?

2. Toma de decisiones antes de la enfermedad

- 2.1. ¿Quién decidía cuando tener relaciones sexuales?
- 2.2. ¿Cuántas veces por semana tenían relaciones sexuales?
- 2.3. ¿Su esposa / pareja le enseñó a usted cosas nuevas sobre las relaciones sexuales?
- 2.4. ¿Con qué frecuencia tomaba usted la iniciativa?
- 2.5. ¿Qué hacía si usted tenía deseos y ella no, qué hacía ella?
- 5.8. ¿Quién decidía y cómo lo decidían, cómo era el proceso?
- 2.7. ¿Qué actitud tenía su pareja durante el acto sexual, se preocupaba por usted?
- 2.8. ¿Usted se preocupaba de que su esposa / pareja la pasará bien?, ¿Por qué?
- 2.9. ¿Usted sentía placer en las relaciones sexuales?
- 2.10. ¿Qué es para usted el placer sexual?
- 2.11. ¿Qué importancia tiene para usted sentir placer en las relaciones sexuales?
- 2.12. ¿Conversaba con su esposa / pareja sobre lo que le gustaba o no le gustaba?
- 2.13. ¿Y qué hacía si ella tenía deseos y usted no, qué hacía ella en esos casos?
- 2.14. ¿Alguna vez le pegó o le dijo groserías por no acceder a sus deseos?
- 2.15. ¿Usaban condón?
 - ¿por qué?
- 2.16. ¿Ha sufrido adulterio de parte de su pareja, ella le ha sido infiel?

En caso de ser afirmativo:

- ¿Cómo descubrió la infidelidad?
- ¿Qué pasó después?

3. Aspiraciones

- 3.1. ¿Cómo le gustaría que fueran las relaciones sexuales?
- 3.2. ¿Qué le gustaría hacer a usted?
- 3.3. ¿Qué le gustaría que ella hiciera?

IV. LA DIMENSION CULTURAL. EL SIGNIFICADO DE LA SEXUALIDAD Y EL CUERPO.

A continuación le voy a decir algunas palabras y necesito que usted me conteste lo primero que se le venga a la mente.

1. Atributos del cuerpo masculino y femenino

- 1.1. El cuerpo del hombre es...
- 1.2. El cuerpo de la mujer es...

2. Atributos de los órganos genitales masculinos y femeninos, localización y nombres

- 2.1. ¿Cuántos órganos genitales tiene el hombre? *Los podría dibujar en esta hoja*
- 2.2. Me puede mencionar los nombres de los órganos genitales del hombre
- 2.3. ¿Qué función tienen los órganos del hombre para qué cree que sirven y cómo se cuidan?
- 2.4. ¿De dónde aprendió usted esto, quién se lo enseñó?
- 2.5. ¿Cuántos órganos genitales tiene la mujer? *Los podría dibujar en esta hoja*
- 2.6. Me puede mencionar los nombres de los órganos genitales de la mujer
- 2.7. ¿Qué función tienen los órganos de la mujer, para qué cree que sirven y cómo se cuidan?
- 2.8. ¿De dónde aprendió usted esto, quién se lo enseñó?

3. La relación sexual

- 3.1. ¿Para usted qué es una relación sexual?
- 3.2. ¿Cómo ocurre la relación sexual?
- 3.3. ¿Qué cuidados se deben de tener?
- 3.4. ¿Quién debe de decidir cuándo, donde y como tenerlas?
- 3.5. ¿Por qué?
- 3.6. ¿De dónde aprendió usted esto?

Explorar:

- ¿Quién le habló sobre las relaciones sexuales?
 - ¿Qué fue lo que aprendió?
- 3.7. ¿Está de acuerdo con que un hombre casado tenga relaciones extramaritales?

3.8. ¿Cree conveniente que la mujer como el hombre tenga varias parejas sexuales?

4. Las enfermedades de transmisión sexual

4.1. ¿Qué son las enfermedades de transmisión sexual?

4.2. ¿Cuáles conoce?

4.3. ¿Sabe cómo se deben atender?

4.4. ¿Sabe qué produce las enfermedades de transmisión sexual?

4.5. ¿Sabe cómo se pueden prevenir?

A continuación le voy a decir una palabra y necesito que usted me conteste lo primero que se le venga a la mente:

4.6. La mujer enferma de Cáncer Cérvico Uterino es...

Bibliografía.

Amuchástegui, Ana (2000), "Saber o no saber sobre sexo: los dilemas de la actividad sexual femenina para jóvenes mexicanos" en, Ivonne Szasz, *Sexualidades en México, algunas aproximaciones desde la perspectiva de las ciencias sociales*, México, El Colegio de México, pp.107 – 136.

Beavouir, Simone de (1989), *El segundo sexo*, México, Siglo Veinte Alianza.

Bohórquez, José Gerardo, Alberto García et al (2003), *Los pobres del campo queretano*, Querétaro, Instituto Nacional de Antropología e Historia.

Castañeda, Martha (1997), "El cuerpo y la sexualidad de las mujeres Nautontecas" en Soledad González (coord.), *Mujeres y relaciones de género en la Antropología Latinoamericana*, México, El Colegio de México, pp. 121 – 139.

Castro, Roberto y Mario Bronfman (1995), "Salud, embarazo y anticoncepción en dos comunidades rurales de México: un estudio comparativo" en González Soledad (comp.), *Las mujeres y la salud*, México, El Colegio de México, pp. 27 – 68.

Cazés, Daniel (2001), "El tiempo en Masculino", ponencia presentada en VIII Congreso Español de Sociología, Universidad de Salamanca, España, 20 al 22 de septiembre.

CONAPO, citado en SSA – CONASIDA. Registro Nacional de casos de sida. Datos al 31 de diciembre del 2000. Procesó el Centro Nacional de Prevención y Control de VIH / SIDA (mimeo).

De Barbieri, Teresita (1993), "Sobre la categoría de género, una introducción teórico – metodológica" *Debates en Sociología*, 18, pp. 145 – 169.

Disaia, Philip y William Creasman (1999), *Oncología ginecológica clínica*, España, Harcourt Brace.

_____ (2004), "Estadísticas de mortalidad relacionadas con la salud reproductiva", *Revista Salud Pública de México* (46): 35 -39.

Foucault, Michel (1984), *Historia de la Sexualidad*, tres tomos: 1. *La voluntad de saber*; 2. *El uso de los placeres*; y 3. *La inquietud de sí*, México, Siglo XXI, Editores.

Gall, Stanley (2002), "Virus del Papiloma Humano" en Faro Sebastián y David Soper, *Enfermedades infecciosas en la mujer*, México, Mc Graw-Hill Interamericana, pp. 504 – 522.

Influencia de las relaciones de poder entre hombres y mujeres en la incidencia de CaCu.

González - Merlo, J. y E. González Bosquet (2000), "Cáncer de cervix" en *Ginecología y Obstetricia*, Barcelona España, Masson, pp. 141 – 145.

Gotwald, William y Gale Holtz (2001), "Enfermedades e infecciones de transmisión sexual" en *Sexualidad la experiencia humana*, México, Manual Moderno, pp. 238 – 281.

Hatch, Kenneth y Jonathan Berek (2004), "Enfermedad intraepitelial de cuello uterino, vagina y vulva" en Jonathan Berek, *Ginecología de Novak*, México, Mc Graw-Hill Interamericana, pp. 385 – 408.

INEGI (2000), *IX Censo general de población 2000*, México, INEGI

Kaufman, Michael, (1989) *Hombres, placer, poder y cambio*. CIPAF, Santo Domingo, República Dominicana.

Kimmel, Michael (1999), "La masculinidad y la reticencia al cambio", *La Jornada* (México, D. F.), 8 de abril, pp. 1-5, sec. B.

Lagarde, Marcela (1997), *Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas*, México, Universidad Nacional Autónoma de México.

Lamas, Marta (1997a), "La antropología feminista y la categoría género" en Marta Lamas (comp.) *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual*, México, Porrúa, pp. 97 – 125.

(1997b), "Usos, dificultades y posibilidades de la categoría género" en Marta Lamas (comp.), *El género: La construcción cultural de la diferencia sexual*, México, Porrúa, pp. 327-366.

Langer, Ana y Kathrin Tolbert (1996), "Cáncer cervicouterino y mamario en la mujer mexicana" en *Mujer: sexualidad y salud reproductiva en México*, México, EDAMEX S.A. de C.V. y The population Council, Inc.

Langer, Ana y Kathrin Tolbert (1996), "Las enfermedades de transmisión sexual como problema de salud pública: situación actual y prioridades de investigación" en *Mujer: sexualidad y salud reproductiva en México*, México, EDAMEX S.A. de C.V. y The population Council, Inc.

McCary, James et al. (2001), "Sida y Enfermedades de transmisión sexual" en *Sexualidad Humana de McCary*, México, Manual Moderno, pp. 363-379.

Mondragón, Héctor (2000), *Ginecología básica ilustrada*, México, Trillas.

Paella, Frank y Robert Murphy (1999), "Enfermedades de transmisión sexual" en *Enfermedades infecciosas básicas, clínicas y biológicas*, México, Mc Graw-Hill Interamericana, pp. 229 – 257.

Palacios de Wenstendarp, Patricia (2007), "El trabajo femenino en Querétaro: un estudio de familias con perspectiva de género, en Alfonso Serna Jiménez y Ramón del Llano (coords), *Globalización y Región, Querétaro y el debate actual*, México, UAQ/Plaza y Valdés, pp. 97-157.

Programa de Acción: Cáncer Cérvico Uterino 2001-2006, Secretaría de Salud.

_____ "Programa de Control y Cáncer Cérvico Uterino", en Secretaría de Salud del Estado de Querétaro, 05 de septiembre, México, consultado en google: <http://www.sesa-qro.gob.mx/ob/cervi>. PDF.

Ravelo, Patricia (1995), "Género y salud femenina: una revisión de las investigaciones en México" en Soledad González (comp.), *Las mujeres y la salud*, México, El Colegio de México, pp.199 – 258.

Selva, Beatriz (1990), "Comportamientos reproductivos y sus valoraciones. Un estudio de caso con mujeres de la colonia Guerrero" en Vania Salles y Hélice Mc Phail (coords), *Textos y Pre-textos once estudios sobre la mujer*, México, El Colegio de México, pp. 463-500.

Schmid, George (2002), "Epidemiología de las infecciones de transmisión sexual" en Faro Sebastián y David Soper, *Enfermedades infecciosas en la mujer*, México, Mc Graw-Hill Interamericana, pp. 423 – 428.

Szasz, Ivonne (1995), "La condición social de la mujer y la salud" en González Soledad (comp.), *Las mujeres y la salud*, México, El Colegio de México, pp. 9 – 26.