

INFECTADAS. UNA LECTURA SOBRE LOS CUERPOS DE LAS MUJERES QUE VIVEN CON EL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO EN QUITO¹

Female Patients. A close look of the female patients infected with the Human Papillomavirus in the city of Quito

Solange Poleth Rivera Carrillo

pole.th.9@hotmail.com

Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales - Sede Ecuador

Recibido: 28-02-2019

Aceptado: 03-06-2019

Resumen

El Virus del Papiloma Humano (HPV) tipificado como una Infección de Transmisión Sexual, es considerado como un problema de salud pública en Ecuador. El virus ha incidido en las mujeres tanto en su salud, como en sus comportamientos y en las percepciones de su cuerpo. Este artículo analiza cómo se construyen sus cuerpos, sexualidad y relaciones sentimentales después de contraer el HPV. Se realizaron entrevistas semi estructuradas y observación participante a 20 mujeres que acuden a un hospital de Quito. Los resultados muestran que sus cuerpos son construidos a través del estigma y la regulación de los comportamientos y su sexualidad.

Palabras clave: Sexualidad, cuerpo, regulación, virus del papiloma humano, violencia, estigma.

Abstract

Human Papilloma Virus (HPV) is codified as a sexual transmitted disease (STD) in Ecuador: therefore, it has been considered and handled as a public health issue within the country. The virus has affected the health of patients as in their behaviors and in the perceptions of their body. The aim of this article is to analyze how a group of patients deals with their bodies, sexuality and personal relations after being infected. For this analysis, twenty Hospital patients in Quito were observed. They actively participated in the process that included clinical diagnoses and structured interviews. The results showed that their bodies and sexuality have been approached with stigma and regulation.

Keywords: Sexuality, body, regulation, human papillomavirus (HPV), violence, stigma.

¹Este artículo forma parte de la tesis de maestría que se titula: “Virus del Papiloma Humano en mujeres: Entre discursos y sexualidades”.

1. Introducción

1.1. El Virus del Papiloma Humano y sus alcances

Las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) tienen efectos profundos en la salud sexual y reproductiva de todas las personas, y figuran entre las cinco categorías principales por las que los adultos y adultas buscan atención médica. Uno de los Virus que afecta mayoritariamente a las mujeres es el HPV o Virus del Papiloma Humano. En el 2015 la OMS estimó que en el mundo hay más de 290 millones de mujeres infectadas con este virus, lo que la constituye como una de las ITS más comunes (OMS, 2015a).

En la actualidad se calcula que existen más de 100 tipos de HPV, de los que al menos 13 son oncogénicos. La mayoría de las infecciones ocasionadas por este virus ocurren sin síntomas, pero son las cepas 16 y 18 las causantes del 70% del cáncer cervicouterino. Por lo tanto, las mujeres constituyen la población con mayor afectación. En Ecuador el Virus del Papiloma Humano se convirtió en un problema de Salud Pública debido a que la tasa de mortalidad en Quito por 100.000 habitantes desde el 2007 hasta el 2011 por cáncer de cérvix, cobró la vida de un 8,9% de mujeres (SOLCA², 2015).

Para el año 2014, del 100% de mujeres que contrajeron algún tipo de cáncer, el 22% correspondía a cérvix invasor y el 9% cérvix in situ, el 60% de estas mujeres tenían entre 45 y 63 años de edad. La cifra incrementó en el 2015 apareciendo 7187 casos nuevos de cáncer diagnosticados en mujeres en un 58%, siendo el 10% correspondiente al cáncer de cérvix in situ, y el 7% al cáncer de cérvix invasor.

Los registros muestran que las mujeres están siendo afectadas en proporciones considerables por el Virus del Papiloma Humano, es por esta razón que las instituciones como el Ministerio de Salud trata a las Infecciones de Transmisión Sexual como enfermedades ocasionadas por prácticas sexuales “anormales”, donde cada mujer pone en riesgo su vida al haber tenido contacto sexual con parejas distintas, o la falta de control en la ejecución de las pruebas de Papanicolaou.

1.2. El hospital ¿Un espacio de contención o de encierro?

Las mujeres que viven día a día con esta infección son atendidas en diferentes casas de salud del país, en las cuales reciben información sobre el Virus del Papiloma Humano desde las especialistas que atienden en el área de Colposcopia, y por parte de todo el “personal de salud” que conoce sobre esta instancia y repite o genera nuevos discursos.

² Registro de Tumores Solca Matriz.

El hospital se convierte en el espacio donde confluyen estas mujeres, quienes una vez que atraviesan la puerta se convierten en la “paciente” es decir, en un cuerpo vulnerable y enfermo que tiene que ser tratado para mejorar y volver a ser normal. Subrayando que el eje central esta investigación son las formas en que se construyen los cuerpos de las mujeres con HPV que asisten al Hospital de la Nueva Aurora Luz Elena Arismendi (HGONA), es necesario hacer alusión a la creación y el contexto en el que opera esta institución de salud.

“La mañana del jueves 28 de enero de 2016 “el presidente de la República, Rafael Correa inauguró el Hospital “Luz Elena Arismendi” que beneficiará a más de 600.000 personas del sur de Quito, además de los cantones de Mejía, Rumiñahui y de las provincias de Tungurahua y Cotopaxi, y cuya inversión es de \$55.3 millones” (Ministerio de Salud Pública, 2016).

El Hospital fue nombrado en honor a una mujer de origen colombiano llamada Luz Elena Arismendi de Restrepo, quien fue madre de dos jóvenes desaparecidos en el año de 1988 durante la presidencia de León Febres Cordero. El caso conmocionó al país puesto que fue catalogado como un acto de violación de Derechos Humanos ejecutado por el escuadrón de la Policía Nacional Ecuatoriana conocido como el SIC-10, creado como órgano represor por el Estado Ecuatoriano (*Diario El Tiempo*, 04-07-1994).

En el HGONA existen dos consultorios de Colposcopia y en este espacio usualmente se llevan a cabo programaciones para cirugías y se realizan tres exámenes:

“Citología convencional (prueba de Papanicolaou) y citología en base líquida.

Inspección visual tras la aplicación de ácido acético.

Pruebas de detección de tipos de PVH de alto riesgo” (OMS, 2015b).

La prueba de Papanicolaou es la prueba de detección principal para el cáncer de cuello uterino y los cambios precancerosos. Este procedimiento tiene como objetivo la obtención de células del cuello uterino, con el fin de observarlas con un microscopio y así detectar si hay cáncer y precáncer (American Cancer Society, 2018).

Es importante destacar que este tipo de examen no solo se ejecuta en mujeres “enfermas”, sino también en mujeres “sanas” al ser un examen mundialmente reconocido por su veracidad. En el HGONA es totalmente gratuito.

El consultorio de colposcopia es un sistema de regulación de los cuerpos, donde prima la observación y la vigilancia, colocando mayor énfasis en aquellas mujeres que han desobedecido a la norma; puesto que en una sociedad disciplinaria el patrón de medida será la norma. Es así, que aquellos cuerpos que están “enfermos” serán individualizados, obligándolos a someterse a una serie de registros y visitas médicas (Sossa, 2011: 9).

1.3. Marco Teórico

Este trabajo parte de varias entradas teóricas que ayudan a comprender que los cuerpos de las mujeres con HPV son construidos como corporalidades enfermas, que no solo son tratadas y vistas así por la sociedad, sino que desde su autopercepción se sienten marginadas, sienten asco de sí mismas, lo que cambia claramente su forma de establecer relaciones sociales. En este sentido, al partir de la línea de Goffman ([1963] 2006) se evidencia que las mujeres pasan por un proceso de estigma, entendido como una característica negativa, que inclusive podría definir la personalidad de un ser humano. Las mujeres que contrajeron el virus pasan también por un proceso de medicalización (Natella, 2008), una estrategia biopolítica de control y dependencia aplicada a los cuerpos enfermos, que mantiene una constante relación con el capitalismo, porque convierte a las propias pacientes en dependientes de una mercancía para salvar su vida.

Al ser las propias mujeres quienes cuentan sobre los procesos de control, violencia y estigmatización que viven, la segunda entrada que se utiliza es la de Joan Scott ([1992] 2001) a través de la categoría de experiencia entendida como, el origen del conocimiento que se transforma en una base sólida donde se construyen las explicaciones. Al mismo tiempo, es un hecho de la diferencia, donde opera el cómo las personas construyen sus mundos y actúan en él.

Finalmente, la tercera entrada teórica parte de comprender a la violencia como un fenómeno estructural que afecta las mujeres de manera física, psicológica, sexual, estatal y patrimonial. En el caso de las mujeres con HPV, mientras más vulnerables son, también son más proclives a sufrir la violencia con mayor intensidad.

2. Metodología

El trabajo de campo se desarrolló al interior del Área de consulta externa del Hospital Gineco Obstétrico de Nueva Aurora Luz Elena Arismendi (HGONA), conformada por dos consultorios para Colposcopia, uno para Urología, dos para Psicoterapia (Psicología clínica) y una oficina para Trabajo Social.

Los diálogos con cada una de ellas se llevaron a cabo al interior del consultorio de psicología, y en la sala de capacitación del área de Docencia del HGONA, con total comodidad mediante entrevistas semiestructuradas cortas y a profundidad. Por temas de confidencialidad se han utilizado seudónimos; todas las mujeres entrevistadas firmaron un consentimiento informado. Las edades de las 20 pacientes con HPV oscilan entre los 18 hasta los 75 años, 10 de ellas se identificaron como mestizas, cuatro como afrodescendientes, cuatro como indígenas, y dos como blancas. De igual manera, se realizaron siete entrevistas semiestructuradas a los y las profesionales presentes en cada consultorio.

Al ser una investigación de tipo cualitativa, se ejecutó un trabajo etnográfico que inició con una descripción densa (Geertz [1973] 1992) de los escenarios del Hospital y la división del espacio en consulta externa y sus jerarquías de estructuración. Para analizar la presencia de HPV, se invitó al proceso investigativo a mujeres con el virus y que presentan infertilidad, sin otorgar mayor significación al número de cepa y descartando los casos de mujeres que posean “patologías” adicionales; tales criterios rigieron la selección de la muestra.

Desde el mes de octubre del 2017 hasta el mes de mayo del 2018 se desarrolló un proceso de pasantía no remunerada en el Hospital Gineco Obstétrico de Nueva Aurora Luz Elena Arismendi, durante tres días a la semana. Por tanto, el método que se aplicó en este apartado fue la revisión de tan solo cinco fichas médicas, no hubo acceso a las historias clínicas psicológicas, ni a las de trabajo social de las usuarias del hospital que presentan el virus. En cuanto a los registros estadísticos realice un análisis desde el 2016 hasta el 2018.

Con respecto a la observación participante, esta técnica permitió un acercamiento de primera mano, y constituyó una herramienta fundamental para obtener un conocimiento detallado de todos los aspectos de interacción. Como lo expresa Geertz ([1987] 2001) es esencial rescatar lo dicho por los actores e interpretar las “interpretaciones”, recuperando del tiempo y del olvido un hecho irrepetible, que existe solo en un momento pero que, al ser fijado, puede relacionarse con otras descripciones y puede ser vuelto a consultar. Es importante aclarar que la jefatura de Salud Mental no permitió el ingreso a ninguno de los procesos terapéuticos llevados a cabo con las mujeres que asisten al HGONA, dado que para la coordinación esto podría resultar contraproducente durante el proceso clínico.

La construcción de las múltiples experiencias en las mujeres que presentan HPV es un tema trascendental, por lo tanto el objetivo principal del presente artículo es rastrear e indagar cómo en estas mujeres se construyen las experiencias y el concepto de estigma y riesgo a partir de estos discursos, vivencias en cuanto las violencias, las expectativas acerca del tratamiento y en el caso de estar embarazadas, la experiencia durante la gestión, creencias sobre su futuro, prácticas sexuales que aplicaron desde el momento que se enteraron de la presencia del virus. Como límites del trabajo etnográfico debo señalar que no se realizaron entrevistas a los y las visitadoras médicas, puesto que eran los doctores quienes designaban reuniones a puerta cerrada con cada uno de ellos.

3. Resultados y discusión

A continuación, se muestran los resultados y discusión a través de las diferentes etapas que una mujer que vive con HPV enfrenta en su cotidianidad. Estas etapas son: el estigma, el miedo a la muerte, los deseos de ser madre, la regulación de su sexualidad y finalmente las violencias con las que lidian en su diario vivir.

3.1. Señaladas y estigmatizadas

“El estigma tiene la finalidad de mantener el control sobre personas que no son consideradas normales o que no siguen ciertas normas definidas por los grupos dominantes, reproduciendo las distintas desigualdades basadas en el género, raza, clase, etnicidad y preferencia sexual. Otros trabajos muestran los distintos abordajes teóricos para analizar el estigma e identifican que las diferencias de poder social, cultural, económico y político delimitan lo que se define como estigmatizante” (Link y Phelan, 2001: 364).

El término estigma según Goffman ([1963] 2006) es utilizado para hacer referencia a un atributo desacreditador. El autor divide a los estigmas según sus atributos en tres, el primero pertenece a enfermedades, anomalías y deformidades físicas, el segundo descende de creencias falsas, pasiones antinaturales y de falta de voluntad, y por último el tercero se relaciona a condiciones heredadas, a prácticas religiosas, étnicas o nacionales. “Las tres instancias corresponden al incumplimiento de las normativas sociales y estereotipos fijados socialmente, donde las personas serán discriminadas, cuestionadas y su valor social será dual y se verá afectado” (Goffman, 1989, citado por Arellano y Castro, 2013: 265).

Morrison (2006) expresó en sus estudios una alianza entre las infecciones de transmisión sexual y el estigma, encontrando tres fases de un ciclo: el estigma, la discriminación y el estigma interno. “El estigma está relacionado con una serie de percepciones y actitudes sobre un atributo evaluado como negativo que lleva a comportamientos discriminatorios, y el estigma interno tiene que ver con la aceptación e internalización de estos atributos que lo hacen factible de discriminación” (Morrison, 2006, citado por Arellano y Castro, 2013: 265).

Las mujeres entrevistadas afirman sentirse “diferentes” luego de que las doctoras del hospital les confirmaran el diagnóstico de HPV, siguiendo a Goffman ([1963] 2006) este sentir las coloca en la posición de “individuos estigmatizados”. Así lo expresa Bertha en el siguiente testimonio:

Yo me enteré que tenía algo malo en el centro de salud, luego me dieron el pase acá y la doctora me dijo que tenía este virus (llanto). Para mí fue horrible, que miedo que me entró, me sentí distinta, yo no soy feliz como antes, como que algo dentro de mí se destruyó. Yo lloraba ahí y lloro hasta ahora; de eso ya un año y me siento dañada. Me daba una vergüenza contarle a alguien, pero yo sabía que el único que me pudo contagiar fue mi marido, entonces solo los dositos sabemos, pero hasta ahora no le perdono que me haya pasado esto que ha sido mortal, yo tengo todo el poder de culparle porque yo era virgen cuando me casé y nunca le traicioné (Entrevista a Bertha, 11-2017).

La vergüenza de la que habla Bertha corresponde a un estigma interno y se evidencia una afectación de la percepción de sí misma. Es decir, acepta al estigma y éste se refleja en culpa y denigración, todo esto a causa de la visión que tiene en torno a la enfermedad y a lo incurable que

resulta este virus. Como consecuencia ella se ha retraído y no puede llevar una vida plena (Morrison, 2006; Solís *et al.*, 2009, citados por Arellano y Castro, 2013).

Al sur de Quito, el ideal de una “buena mujer” es aquella que se dedica a las labores de casa, al cuidado de los hijos, es decir al cumplimiento de roles asignados socialmente a las mujeres al interior del hogar, son las “protectoras” y han dejado de lado sus intereses personales, profesionales y expectativas de crecimiento en todo ámbito, por suplir las necesidades familiares (Entrevista a Doctora A.L., 30-11-2017).

Para la mayoría de las mujeres que fueron parte de esta investigación las conductas sexuales “anormales” de otras mujeres, y por anormales se referían a tener relaciones sexuales con varias parejas y al no uso del preservativo, las colocaba en una posición de “mujeres no tan buenas” y “alocadas”. Entonces cuando recibían la noticia de estar contagiadas con HPV se cuestionaron sobre sus propias prácticas sexuales. Un ejemplo de ello es lo que le sucedió a Ely quien expresa:

Cuando yo me enteré que tenía este virus, me sentí impotente. Es que yo paso en mi casa, cuido a mis hijos, terminé el superior, pero no trabajo, porque me quedo en casa, para que nada les falte a ellos. Yo no soy una “mala mujer” como para que justo a mí me salga este virus. Me sentí mal, porque primero no sabía a quién culpar, no sabía si tenía la culpa yo o mi esposo. Luego ya hablé con la doctora y nos explicó, pero yo jamás le conté a mis hermanas o a mis amigas, usted sabe que la gente es mala a veces y pueden hablar cosas que no son, a la final no entienden de que se trata el virus, lo mejor es callarse (Entrevista a Ely, 27-01-2018).

La narrativa de Ely denota lo que Solís *et al.* (2009, citado por Arellano y Castro, 2013) afirmó en cuanto al funcionamiento del estigma interno, la paciente se auto percibe con atributos desacreditadores, provocándole miedo a ser señalada y criticada. Es importante subrayar que estas emociones y sentimientos se ven envueltos en este estigma por construcciones sociales como los discursos y prácticas a los que se encuentran expuestas las mujeres entrevistadas, tal como lo señala Patricia:

A mí cuando me dijeron que tenía el virus yo estaba tranquila. Dije bueno ya pasará, tendré que curarme y ya, eso fue en el centro de salud. Pero me dio una cosa feísima cuando fui a consulta del hospital y la doctora me preguntó que, si había tenido más de tres parejas sexuales, ahí me dio una vergüenza terrible, porque yo si tuve más de tres parejas, pero nunca pensé que una de ellas me fuera a transmitir esta enfermedad, ya que yo les di mi confianza, y me sentí culpable, hecho pedazos por no usar condón. Esa pregunta me marcó, yo si me sentí mal, y como que cuando respondí y dije que sí, no se la doctora me vio raro (Entrevista a Patricia, 26-02-2018).

El lenguaje verbal y no verbal con el que se manejan las doctoras sin lugar a dudas genera emociones compartidas entre las entrevistadas, y es el estigma interno lo que se vuelve explícito (Goffman, 1989, citado por Arellano y Castro, 2013) entre las participantes, quienes van internalizando las normas de control sobre sus cuerpos y su sexualidad. Ellas asumen al virus como una enfermedad incurable y acatan “sugerencias” sobre las modificaciones en cuanto a sus comportamientos sexuales, lo que trae consigo autopercepciones de culpa, miedo, vergüenza. Creando así un sistema limitante de comunicaciones con sus redes de apoyo y sociales, aislándose emocional y sexualmente de sus parejas. Ya en consulta médica se sienten juzgadas y cuestionadas, reproduciendo el primer estigma del atributo relacionado con la enfermedad, lo que sin lugar a dudas deteriora su integralidad como seres humanos (Ibídem).

3.2. El miedo a la muerte y sus implicaciones

“Para Thomas la muerte tiene cuatro características particulares es natural, cotidiana, aleatoria y universal. Al referirse a la universalidad se asume que todo lo que es, está destinado a perecer o desaparecer. Esta desaparición del individuo vivo y reducción a cero de su tensión energética consiste en la detención completa y definitiva, es decir irreversible de las funciones vitales” (Thomas, 1991, citado por Bustamante, 2011: 26).

Las participantes comparten un sentimiento en común, el miedo a desarrollar en un futuro Cáncer Cervicouterino (CCU), y posteriormente sin tratamiento enfrentarse a la muerte. Debido al sin número de datos expuestos, una de las primeras inquietudes con las que llegaron las mujeres a la consulta de Colposcopia, durante las sesiones de observación participante, fue ¿Voy a tener cáncer? teniendo relación directa con una segunda pregunta fatal como ¿Voy a morir?

Yo tengo 4 hijos, el mayor tiene 16 y la más chiquita 2 añitos. Mi esposo ahora es que trabaja en Quito, pero más antes solo en el Oriente vivía, igual no se cuenta con él, por eso lo que tengo miedo es a no curarme, a que me de esos canceres malos y me muera. Luego con quien se quedan mis hijos, mi marido no les tiene paciencia (llanto), además me los maltrata, por eso vengo a los chequeos, yo lo único que deseo más que nada es que ya se me vaya esta enfermedad, yo ya me prometí que me voy a cuidar (Entrevista a Maritza, 25-01-2018).

Por lo general las doctoras que laboran en el área de Colposcopia del HGONA, les explican a las pacientes que tan solo al poseer cepas como la 16,18 y 55 el virus podría avanzar rápidamente y se desarrollaría cáncer en cualquier zona afectada. Aunque esta información es la misma que se coloca en las páginas oficiales de salud como la OMS o el Instituto Nacional del Cáncer, las pacientes siguen teniendo temor al virus y a su posible avance, por lo que al final su visión del futuro se mantiene con incertidumbres, y esto es parte de la construcción social que poseemos las personas sobre la muerte.

La muerte ha sido construida como una amenaza constante dado que simboliza el fin de la existencia. Para las pacientes, este fin se centra en el tema familiar y de cuidado en el que se construyó su realidad. “Al morir, las mujeres quedarían expulsadas de esta comunión humana familiar, y se invisibilizaría sus accionares y protección, siendo finalmente olvidadas. Imaginan que sus hijos e hijas podrían tomar caminos “equivocados” sin su presencia como el de las drogas, la delincuencia, o casarse a una edad prematura con alguien que no aman” (Bustamante, 2011: 26-27).

Temen que los padres por la falta de construcción en el rol de cuidado y enseñanza a los hijos e hijas no podrían resolver los conflictos antes descritos, mucho menos tratar de suplir el papel de madre. Así lo subraya Yomaira en su narrativa.

Yo soy del Coca, y tengo el virus hace dos años, me lo detectaron, y si me da miedo morirme y que me de cáncer, porque oiga allá en mi tierra es difícil, casi nadie sale de esa situación. Además, tengo 3 hijas mujeres, el papá de ellas se largó y me dejó esta enfermedad. Yo cubro todo lo de las niñas. Si yo les llego a faltar, se me casan o me las hace el daño cualquier hombre, por eso yo es que le pido a la doctora que me ayude con los turnos y que me atienda, si me atraso porque es que vengo de lejos, gastando y todo para que acá me curen, porque allá me sale caro en las clínicas esas privadas que hay (Entrevista a Yomaira, 20-02-2018).

Sin lugar a dudas, el miedo a la muerte en las entrevistadas constituye en sí mismo un universal. Mientras las que tenían hijos e hijas se preocupan por ellos y se desplazan como cuerpos y seres humanos para dar prioridad a lo que podrían sentir y pensar sus seres queridos tras su no existencia. Las que no tienen hijos e hijas tienen miedo a ser estigmatizadas por estar solas, como es el caso de Raquel.

Bueno, cuando me enteré que tenía este virus, sí que me dio miedo porque pensaba que iba a morir. Visité un doctor particular y él me dijo que estaba enferma y que prácticamente no podría tener hijos en un futuro, porque me sacarían mi útero y tampoco es que viviría muchos años. Eso me hacía sentir infeliz, en ese momento solo me repetía porqué a mí, por qué no voy a tener hijos, voy a vivir sola y seré triste. Además, si ha de ser feo morir sin que nadie le cuide y le vaya a ver qué es lo que hacen los hijos. Yo si vi mi futuro como algo donde no quería existir, me puse tan triste que hasta pensé en que yo no valía nada. Entonces me dieron el pase acá y ya me siento mejor, ya no sangro tanto, y la doctora dijo que no me voy a morir, que no es tan grave (Entrevista a Raquel, 15-11-2017).

Es evidente que las mujeres entrevistadas tienen miedo a dejar de lado el papel que se les asignó socialmente como procreadoras, y en lo posterior ser estigmatizadas por ello. Debido a que el solo hecho de imaginar que el virus ataque a las células uterinas, partiendo de la idea de que el útero es un órgano idealizado como la representación de una mujer, si la mujer pierde este órgano existe la concepción de que pierde su “ser mujer”. Las participantes piensan que, al perder el útero, sus funciones como ser humano han concluido y han quedado en un proceso de “discapacidad” por lo

tanto, no deberán ser amadas por ningún hombre, puesto que lo más “esencial” se ha ido con el cáncer, y con ello la oportunidad de tener hijos y formar una familia. Esta construcción corresponde a una realidad donde el cuerpo físico femenino es visto como el cuerpo del deber y no del placer (Vargas-Daza, Quiroz-Añorve, Galicia-Rodríguez, Villarreal-Ríos, 2013).

3.3. Los deseos de ser madre y prolongar la vida

Otra de las preguntas que mayor repetición tuvo entre las pacientes entrevistadas, en el momento de la consulta a las galenas fue ¿Con este virus, voy a poder tener hijos/as?

Las doctoras siempre tuvieron respuestas afirmativas y para generar confianza y empatía con las mujeres, les proponían seguir los múltiples tratamientos desde: el quemar las verrugas con ácido, hasta someterse a operaciones que eliminarían los avances del virus a nivel celular. En el plano psicológico se les proponía asistir a terapia para sanar asuntos del pasado y así estar preparadas para tener hijos e hijas, siendo lo más importante la disposición que la paciente tenga para adherirse al tratamiento.

Este tipo de discurso corresponde a la medicalización de los cuerpos, donde se construyen “consumidoras”. El efecto de este procedimiento es que las potencias individuales y colectivas se desactiven en las mujeres, para dar paso a centralizar a la persona en la causa y en el tratamiento del malestar. Por supuesto la medicalización funciona como un proceso de circuitos de dependencia, controlando a las mujeres a través de la imposición de categorías diagnósticas, y del incremento de la prescripción y consumo de todo tipo de medicamentos (Mayes y Horwitz, 2005, citados por Natella, 2008).

Para realizar un análisis más amplio acerca de las experiencias de las mujeres, estas fueron divididas en dos grupos. El primero está integrado por aquellas mujeres que tienen algún impedimento biológico o psicológico para embarazarse, y adicional a ello son portadoras del virus. Mientras que el grupo número dos, está constituido por mujeres que tienen miedo a embarazarse luego de ser diagnosticadas con el virus. Los discursos, prácticas médicas, sociales y de salud mental han penetrado tanto en las percepciones de las mujeres, que estas se cuestionan si sus descendientes podrán o no tener una vida saludable. A continuación, se detalla la experiencia de Paola quien pertenece al primer grupo de mujeres entrevistadas:

Tengo 34 años y nunca tuve hijos. Tengo una pareja que me pide tener bebés y estamos pensando en hacerme algún tratamiento para tener una hija, yo no quiero adoptar. Esta noticia del virus si me da mucha tristeza y dolor, porque la doctora me dijo que primero debe quemarme las verrugas y luego con tratamiento largo, me puedo quedar embarazada si Dios quiere. Yo estoy dispuesta a hacerme todos los exámenes que haya que hacerse, porque yo sueño con tener una hijita. Además, si me da miedo cuando luego cumpla 40 y ya esté más vieja y mi pareja me bote por no darle una hija. Eso me causa ansiedad (Entrevista a Paola, 16-02-2018).

La procreación es un fenómeno complejo que alinea lo biológico y lo social, que tiene como objetivo cambiar el estatus de los progenitores y reconstruir vínculos. Por esta razón cuando la infertilidad aparece afecta integralmente a las mujeres, en su cuerpo y en su personalidad social. Por esto es que los múltiples tratamientos no buscan únicamente curar la infertilidad, sino también reproducir en las mujeres un rol social el “ser madres” y vínculos de consanguinidad (Strathern en Camps *et al.*, 2003: 17).

El biologizar la procreación es el resultado de un intenso proceso de medicalización, a través de la uniformización y reducción significativa de la procreación a su dimensión biológica, sometiendo a un mismo disciplinamiento a los cuerpos. Para Natella (2008) la promesa de que una mujer logre alcanzar el sueño de ser madre, está íntimamente relacionada con su estrato socioeconómico y su posicionamiento, debido a que los tratamientos son costosos y no todas las mujeres que tienen este sueño lo cumplirán.

Por lo tanto, la salud es un negocio donde la medicalización va de la mano con la economía, siendo los cuerpos de las mujeres enfermas, ya sea por ser portadoras del virus o por ser infértiles, catalogados como mercancías. “El sector médico promueve ofertas que luego se transforman en demandas, siendo las pacientes insumos y materias primas del proceso de acumulación capitalista” (Martins, 2004, citado por Natella, 2008:13).

La “venta de tratamientos” a quien pueda pagarlos, es la muestra irrefutable entre el escaso acceso a la salud de casi toda la población y el sobre-uso de servicios y fármacos por parte de un grupo minoritario (Natella, 2008: 14). Este en especial, es el caso de Gabriela quien pertenece al segundo grupo de mujeres entrevistadas.

Yo tengo un hijo de 17 años que simboliza mi apoyo. Soy madre soltera y me quedé embarazada a los 16 años en el colegio, luego terminé el bachillerato y no pise la Universidad, soy empleada pública y con eso me mantengo. La doctora me dio el resultado de mis exámenes y tengo el virus del papiloma, el problema más importante es que yo ya estaba programando con mi pareja tener un bebé, y me dio bastante miedo porque a pesar que me dicen que puedo tener hijos aun teniendo el virus, tengo pavor que mi hijo salga enfermo. Otro miedo que tengo es que la pareja con la que estoy me prometió que, si le daba un hijo terminaría con su esposa, y por eso quiero curarme y tener rápido a mi hijo (Entrevista a Gabriela, 15-02-2018).

Gabriela además de acudir a las consultas de Colposcopia, también fue derivada al área de psicología para tratar su proceso. Al respecto, la paciente señala:

Si me hizo bien ir a psicología, ahí la doctora me dijo que me cure del virus o sea de esas verrugas, para que tenga un bebé saludable. Me dijo que no me preocupe que si ya tuve un hijo antes sano, no tendría inconveniente en tener otro. Ahora yo estoy dispuesta a curarme y estoy segura que seré feliz teniendo otro hijo y le haré feliz a mi pareja. Entonces ya ni miedo me da que me haga el tratamiento la doctora, y si es de pagar por el tratamiento para tener hijos, será de sacar de donde no hay (Entrevista a Gabriela, 27-02-2018).

La atención que recibió la paciente por parte de la doctora y la psicóloga clínica corresponden a un modelo clínico-asistencial, donde existe una lógica hegemónica en la intervención. El ir a las consultas causó un efecto de “alivio” en los miedos y sufrimientos de la entrevistada. “Ese alivio tiene un efecto placebo, dado que los mecanismos de lenguaje utilizados a través de los discursos y prácticas, tratan de apropiarse de la totalidad de la vida de las mujeres sometidas a la intervención sanitaria”. Al final con recetas verbales y de comportamiento se moldea el actuar y las elecciones de las pacientes, porque no se prioriza el acompañamiento en la toma de decisiones y resolución de conflictos cotidianos que enfrenta la usuaria, para así tratar de garantizar el derecho a la salud. Estas “recetas” verbales reflejan nuevas formas de medicalización de la salud mental y de la sexualidad (Natella, 2008: 30-34).

3.4. Un cuerpo distinto, una sexualidad regulada

La construcción de la sexualidad para cada una de las mujeres que fueron parte del proyecto investigativo tuvo pequeñas o grandes modificaciones, luego de enterarse de la presencia del virus. Dado a que, al ingresar a consulta, las doctoras emiten ciertas recomendaciones, sugerencias, y consejos para que los tratamientos sean exitosos.

Es en ese momento donde las palabras “estilo de vida” y “riesgo” se toman de la mano y se conjugan en casi todos los discursos y prácticas, ya no solamente médicos, sino también sociales y de salud mental. Y las pacientes los concientizan como principios de vida. Indudablemente esto genera cambios en la visión acerca de sus cuerpos, ahora son cuerpos distintos y “enfermos” que emprenden una lucha contra el estigma, de miedos anteriores al virus y nuevos miedos post diagnóstico, como es el caso de Gloria quien afirma:

Yo todas las mañanas salía a caminar, no tengo gordura, me cuidaba tomando jugos naturales, con decirle que ni las gripes me daban, hasta que hace cinco meses me comenzó un sangrado, y sin estar menstruando. Me fui al centro de salud, entre bien y ahora míreme, luego me dieron el pase a este hospital, y aquí me dijeron que tengo un virus. Desde ahí todo cambió o sea no tengo relaciones sin condón con mi esposo, soy muy cuidadosa. A pesar que la doctora me dijo que este virus no se pasa por el uso de la toalla, a mis hijos les di a cada uno su toalla y me hago aseos.

Mi estilo de vida debía cambiar dijo la doctora, porque podría ponerme en riesgo si no vengo a los exámenes y los chequeos. Yo no me quiero morir, y por eso soy muy cumplida. Yo lo hablé con mi esposo y para qué negarlo si nos enojamos al inicio, pero luego ya pues qué más da. Usted debe saber más, por ser psicóloga yo me siento enferma, a pesar que no sienta dolor, me siento muy enferma, y como que no me gusta mi cuerpo ahora como que me da asco (Entrevista a Gloria, 12-11-2018).

Constituye una estrategia médica el hablar abiertamente sobre lo que se debe y no hacer con la sexualidad por medio de consejos (pláticas). “Dado que los objetivos que se manejan desde la Biomedicina pretenden crear en las mujeres el imaginario donde aparentemente “eligen” y actúan en

términos intencionales y “responsables” acerca de su futuro, es la manera como se juega con su percepción de la salud y la enfermedad” (Menéndez, 1998: 50).

En el caso de Gloria la meta es recuperar su salud, porque se sentía saludable antes del diagnóstico, y por supuesto no desea morir. Entonces a través del discurso de cuidado se controlan los posibles riesgos en la salud de la paciente, hay modificaciones en hábitos específicos y con esto se reducen las implicaciones económicas que el Estado tendría que afrontar si su diagnóstico empeorara.

En ese camino Gloria se siente culpable, y lo expresa a través del “repudio” a su cuerpo. Debido a que los seres humanos percibimos nuestra existencia por medio de formas corporales, toda modificación al cuerpo en forma supondría un cambio de identidad, por esta razón la entrevistada siente asco de su cuerpo, el estar “enferma” perturba la visión de los demás y esa peculiaridad es lo que le preocupa. Ya que el cuerpo es otra forma de pensar el mundo y a la vez constituye un vínculo social. Un virus habitando en su cuerpo causa una experiencia de desorden (Le Breton, 1994).

“La experiencia es el proceso por el cual se construye la subjetividad para todos los seres sociales. A través de ese proceso uno se ubica o es ubicado en la realidad social y de ese modo percibe y comprende como subjetivas (referidas a y originadas en uno mismo) esas relaciones —materiales, económicas e interpersonales— que de hecho son sociales y, en una perspectiva más amplia, históricas” (De Lauretis, 1986, citada por Scott, [1992] 2001: 53).

Retomando el tema de la identidad y conjugándola con la experiencia, estas categorías se imbrican para marcar un antes y un después del diagnóstico que recae sobre los cuerpos de las mujeres de formas singulares, como es el caso de Tatiana.

En torno a mi cuerpo, yo me sentía normal antes del diagnóstico, o sea nunca me dolió nada, y ahora tampoco me duele nada, eso de lo físico. Pero emocionalmente si hay cambios. Cuando yo me enteré que tenía la enfermedad terminé con mi pareja, al que yo le culpé de esto. Luego me costó un montón de tiempo volver a estar con alguien nuevo, porque no sabía si contarle que tengo esto o no. Incluso un chico, mi novio actual, se quiere casar conmigo y no hemos tenido relaciones aún. Yo le doy las vueltas, pero él ya quiere, yo soy la que no quiere porque me siento mal, no quiero contarle, ni tener nada con él, me da miedo que me juzgue y yo si me identifico como alguien sucio, y creo que no me merezco nada bueno (Entrevista a Tatiana, 04-01-2018).

Para Tatiana las percepciones que tenía en torno a su identidad han sufrido transformaciones debido a la presencia de una experiencia que opera dentro de una construcción ideológica, donde se naturaliza las siguientes categorías: mujer, mestiza, enferma, estigmatizada y violentada. Estas características reescriben en la configuración de la identidad de la paciente, donde el miedo al que se enfrenta es una consecuencia del género al que pertenece y de la clase social de la que viene.

Para Butler (2002) los cuerpos excluidos o desterrados de la esfera del “sexo” impuesta por la heterosexualidad, no se materializan, debido a que la materia se sedimenta a los discursos y prácticas que giran en torno a la sexualidad “normal” y un cuerpo enfermo no es el mejor referente de salud y normalidad, además es ampliamente violentado.

La propuesta de la autora es que “se debe resistir a través de la modificación y deslocalización de la materia, habilitando nuevas posibilidades de hacer que los cuerpos importen de otro modo, donde la materialidad se una con la significación mediante el lenguaje”, solo así, variarían las construcciones de miedo que presentan algunas de las pacientes entrevistadas (Butler 2002, 54-58).

3.5. ¿Los cuerpos enfermos son cuerpos propensos a la violencia de género?

La violencia contra las mujeres afecta de manera global a todos y todas alrededor del mundo. Las violencias se presentan de diversas maneras y se encuentran sustancialmente fabricadas en las relaciones de poder entre hombres y mujeres, donde lo masculino desvaloriza y tiene privilegios sobre lo femenino, estableciendo formas de control que marcan los cuerpos de millones de niñas, adolescentes y mujeres adultas (República del Ecuador, 2018: 2). En Ecuador la violencia se encuentra naturalizada, a través de varias prácticas coercitivas. Para entender con mayor profundidad, el artículo 4 de la Ley Orgánica Integral para Prevenir y Erradicar la Violencia contra las mujeres se define a la violencia de género como: “Cualquier acción o conducta basada en su género que cause o no muerte, daño y/o sufrimiento físico, sexual, psicológico, económico o patrimonial, gineco-obstétrico a las mujeres, tanto en el ámbito público como privado” (República del Ecuador, 2018: 7).

Dentro de las relaciones de poder que se formulan en las parejas de novios, esposos o compañeros, resisten las prácticas arraigadas de misoginia y patriarcado. En Ecuador con el pasar del tiempo se ha presenciado el ascenso de estos hechos, debido a que se sigue conservando una desigualdad en la distribución de poder entre hombres y mujeres. Por ejemplo, “la continuidad de las nociones del amor-sacrificio, donde las mujeres buscan el crecimiento personal y profesional de sus familiares, postergando su bienestar emocional y sus propias metas. Mientras que los hombres no se cuestionan acerca de los logros que alcanzan y lo fácil que se les torna conseguir trabajo, sin vivir actos de discriminación continuamente” (Camacho, 2014: 32).

Los datos que arrojó la “Encuesta de relaciones familiares y violencia de género contra las mujeres” realizada en el 2011, confirma que 6 de cada 10 mujeres declaran haber vivido una o más formas de violencia de género, entre ellas física, psicológica, sexual o patrimonial, por parte de personas conocidas y extrañas, en distintos ámbitos sociales, siendo el sector de la Sierra Ecuatoriana donde se producen más actos violentos en un 39,1% (Camacho, 2014: 42).

Las mujeres que asisten al HGONA afirman que estos sucesos recobran fuerza y se siguen presentando en el día a día en las relaciones afectuosas que tienen con sus parejas, como es el caso de Doris.

Yo tengo 67 años, tuve 5 hijos y me obligaron a casarme con el que era mi esposo a la edad de 18. Yo no le quería, ni él a mí y eso se notaba, pero bueno ya que más da. Yo no es que me alegre que se haya muerto hace un año, pero en realidad me siento más tranquila. El mucho me pegaba, me daba puñetes, y eso que yo era buena con él, hacía todo lo de la casa. Solo cuando mi hija nos llevó a Estados Unidos solo ahí, ya no me pegaba tanto, pero por lo demás, olvídense. Lo peor que me pasó antes que fallezca, es que ya me vine a hacer revisar y me dicen que tengo esta enfermedad, yo bien dolida, le voy pues a reclamar que él me ha pasado el virus y me pegó y me arrastró. Me dijo que era una puta, que era una zorra, que yo he deber sido infiel. Casi me mata, así enfermo como estaba casi me mata, como me arrepentí de haberle dicho, mejor me quedaba callada (Entrevista a Doris, 12-03-2018).

Doris vivió una serie de violencias por casi 50 años, su vida se vio seriamente afectada en varios sentidos. En el área laboral su esposo le había prohibido trabajar para una empresa pública o privada; él prefería que ella se quede en casa para cumplir con los roles tradicionales de cuidado, y que solo los fines de semana le ayude en el negocio de venta de frutas en un mercado de Quito. En lo profesional, al ser obligada a casarse tan joven, su conviviente pasó a ser el hombre “que cuidaba de su cuerpo”, por esta razón no le dejó culminar el bachillerato, ni tampoco ingresar a la Universidad. Doris subrayó: “Él me decía para que estudiar, si bien qué has de ir a conseguir mozo, quédate aquí y sienta el culo a cuidar a tus hijos” (Entrevista a Doris, 12-03-2018).

En el área sexual, Doris afirma haber sido violada por su esposo en repetidas ocasiones, y que hubo un agravante luego de que le contará acerca de la presencia del HPV. Su conviviente se rehusaba a tener relaciones sexuales y luego bajo los efectos del alcohol violaba a Doris, la golpeaba y ahorcaba.

La violencia física y psicológica no son las únicas formas que laceran la vida de una mujer, a esto se suma la violencia sexual y patrimonial, este último tipo de violencia se encuentra tipificada como: “Toda acción u omisión que se dirija a ocasionar un menoscabo en los recursos económicos y patrimoniales de las mujeres, incluidos aquellos de la sociedad conyugal y de la sociedad de bienes de las uniones de hecho” (República del Ecuador³, 2018: 10).

Es importante recalcar que en Ecuador la violencia patrimonial se evidencia de mayor forma en el pueblo afroecuatoriano con un 23,5% (Camacho, 2014: 32). A continuación, un fragmento de la historia de Teresa.

Yo soy de Esmeraldas, tengo el virus desde hace 6 meses, mi esposo reaccionó mal cuando le conté, bueno él siempre ha sido grosero conmigo, y claro cuando yo me enteré no me quedé callada, le grité

³ Ley Orgánica Integral para Prevenir y Erradicar la Violencia Contra las Mujeres.

que era un maldito. Imagínese tengo dos pequeñas niñas, y yo sé que él me lo pasó. Entonces desde que le dije, me grita, pero no me pega, eso es lo bueno. Lo que sí me molesta es que él me quite mi plata y me dice: te la quito para que no te largues a mozear y luego vengas enferma (Entrevista a Teresa, 03-02-2018).

La experiencia de Teresa nos muestra que al igual que la mayoría de mujeres entrevistadas, ya sufrían algunos tipos de violencia por parte de sus parejas, convivientes y ex compañeros antes de ser diagnosticadas con HPV, y los actos violentos solo se agravaron con la noticia. Teresa es afroecuatoriana y sufre violencia patrimonial con mayor peso que las demás pacientes, las razones para explicar este proceso corresponden a que las mujeres que se identifican como blancas pertenecen a estratos socioeconómicos más altos, con mayor acceso a la educación, es decir, tienen mejores oportunidades en todo ámbito. Por otro lado, las mujeres que sobreviven en la región donde nació Teresa sufren mayor discriminación social y económica, estando expuestas a una doble o triple discriminación por ser pobres, por su condición de género, y por su pertenencia étnico-cultural.

Todas las violencias, en especial la patrimonial, son auspiciadas insistentemente por el amor romántico y la confianza que se deriva del mismo. La fe en que el varón protegerá los derechos de la mujer, es una de las farsas más habituales dentro de las relaciones románticas, a esto se añaden los miedos que generan discusiones en torno a asuntos materiales y que estos puedan romper la “armonía”.

“Una solución viable para combatir estos proceder es que las mujeres conozcan de sus derechos antes de poder demandarlos; encontrando un contexto en el que se sientan apoyadas antes de hacerlo. Este contexto debe ser favorecedor, por lo tanto, los y las abogadas y jueces necesitan adquirir mejores conocimientos y mayor práctica en derecho familiar” (Contreras, Deere y Twyman, 2014: 115-116).

4. Conclusiones

Al retomar la pregunta de investigación que rige este trabajo acerca de ¿cómo se construyen los cuerpos, la sexualidad y las relaciones sentimentales de las mujeres portadoras del Virus del Papiloma Humano (HPV)?, se observó que la primera respuesta general hace alusión a una construcción social del cuerpo de estas mujeres, que significa crear corporalidades que sean funcionales a un contexto y que puedan adaptarse a relaciones sociales, una vez que pasan por todos los filtros de control. Las mujeres que padecen HPV claramente han sido tipificadas tanto por la medicina, como por el resto de la sociedad, como cuerpos anómalos y enfermos que tienen que cambiar si quieren ser funcionales a la sociedad.

Ese control que todavía se ejerce sobre la vida de las mujeres, y que se intensifica más cuando son tipificadas como cuerpos vulnerables y peligrosos, no hace más que crear efectos devastadores y de relegación social para quienes luchan contra esta enfermedad. Tal es el caso de la constante estigmatización que han vivido y siguen viviendo las mujeres, lo que produce directamente en ellas un rechazo a como se perciben individual y socialmente, reforzando visiones catastróficas sobre el futuro, su sexualidad, al no seguir estándares de moralidad y “normalidad”,

El tener el Virus del Papiloma Humano inclinó a las mujeres participantes a aislarse y compartir sus experiencias solamente con sus parejas, quienes probablemente fueron las personas que les transmitieron el virus y que no representan un proceso de apoyo en el duelo que viven a causa de esta enfermedad. El silencio y el secreto que guardan estas mujeres afecta simbólica y estructuralmente su vida en varios ámbitos, y el más representativo es el comunitario. La falta de diálogo con otras mujeres por miedo a ser juzgadas propicia que se creen mitos, y con ello más formas de disciplinamiento y castigo, en el área de la Biomedicina que lo que busca es gobernar los cuerpos de las mujeres.

El área familiar luego del diagnóstico de HPV, las mujeres se auto vulneran y soportan distintos procesos de violencia, además están limitadas a mostrar su emocionalidad, ante la sentencia de muerte física y sociocultural que tiene la sociedad porque ellas poseen una enfermedad que se transmite por vía sexual. Ellas colocan al cáncer y a la muerte como la tragedia que deben evitar a cualquier costo con la finalidad de sentir y seguir siendo “una buena mujer” (Vargas-Daza, Quiroz-Añorve, Galicia-Rodríguez, Villarreal-Ríos, 2013, 10).

Las violencias a las que están sometidas las mujeres no solo se cristalizan en la pareja, sino también a nivel estatal a través de la medicalización de sus cuerpos, un proceso en el cual ellas ingresan en un círculo vicioso de adquisición constante de medicamentos y tratamientos, con la finalidad de tener una cura. La popularidad de los clasificadores médicos y psiquiátricos donde se plasman los más “acertados” discursos, crecen con la globalización y el capitalismo a un ritmo exorbitante, todo esto bajo el paraguas del cumplimiento del derecho a la salud, y programas para reducir daños a futuro. La medicalización contaminó a todo el sistema sanitario, haciendo que todos y todas seamos potenciales consumidores de fármacos y tratamientos, lo que pone en peligro la supervivencia de los cuerpos sobre todo de mujeres pobres.

Las experiencias y narrativas expuestas en este trabajo, no solamente buscan dar voz a las mujeres que sí tienen voz pero que no son escuchadas, busca entender qué pasa con su emocionalidad, sus percepciones y las estrategias de resistencia a la manipulación de la información expuesta por los agentes de salud, que crea imaginarios fatalistas en las mujeres que conviven con HPV, haciéndolas sentir miserables, seres que no pueden ni siquiera pensar en un goce de su sexualidad, o sentir amor por sus cuerpos debido a que han perdido el “respeto” de sus parejas y eso las conlleva a maltratarse. El sistema no las quiere libres, la anula, para que tengan vergüenza. Entonces el mensaje final con el que se quedan es adaptarse al sistema sanitario o esperar la muerte.

BIBLIOGRAFÍA

- American Cancer Society (2018): “La prueba de Papanicolaou”. Disponible en: <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-cuello-uterino/prevencion-y-deteccion-temprana/prueba-de-papanicolaou.html> [06/05/2018].
- Arellano, María y Castro, María (2013): “El estigma en mujeres diagnosticadas con VPH, displasia y cáncer cervicouterino en Hermosillo, Sonora”. En: *Revista Scielo*, vol. 21, n°. 42. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-45572013000200011 [31/05/2018].
- Bustamante, Mónica (2011): “Viviendo con VIH, muriendo con SIDA”. Flacso Ecuador: Ediciones Abya Yala. Disponible en: <file:///C:/Users/User/Downloads/Viviendo%20con%20VIH,%20muriendo%20con%20SIDA.pdf> [30/03/2018].
- Butler, Judith (2002): *Cuerpos que importan. Sobre los límites materiales y discursivos del sexo*. México: Paidós.
- Camacho, Gloria (2014): *La violencia de género contra las mujeres en el Ecuador: Análisis de los resultados de la Encuesta Nacional sobre Relaciones Familiares y Violencia de Género contra las Mujeres*. Quito: Consejo Nacional para la Igualdad de Género.
- Camps, Joan *et al.* (2003): “Parentesco y reproducción asistida: cuerpo, persona y relaciones”. En: *Estudis D'antropologia Social in Cultural*, n°. 9, pp. 19.
- Contreras, Jackeline; Deere, Carmen y Twyman, Jennifer (2014): “Género, estado civil y la acumulación de activos en el Ecuador: una mirada a la violencia patrimonial”. En: *Eutopía*, n°. 5, pp. 93-119.
- *Diario El Tiempo* (1994): “Murió madre de 2 jóvenes desaparecidos en Ecuador”. Disponible en: <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-166366> [03/05/2017].
- Geertz, Clifford ([1973] 1992): “Descripción densa: hacia una teoría interpretativa de la cultura”, En: *La interpretación de la cultura*. Barcelona: Gedisa, pp. 19-40.
- Geertz, Clifford (2001 [1987]): Capítulo IV. “La observación participante”. En: *Constructores de Otredad. Una introducción a la Antropología Social y Cultural*. Argentina. Buenos Aires: Antropofagia.
- Goffman, Erving ([1963] 2006): “Estigma la identidad deteriorada”. Buenos Aires- Madrid: Amorrortu editores.
- Le Breton, David (1994): “Lo imaginario del cuerpo en las tecnociencias”. En: *Revista Perspectivas en Sociología del Cuerpo*. n°. 68, pp. 197-210. Disponible en: http://eva.universidad.edu.uy/pluginfile.php/348092/mod_resource/content/1/Le_Breton,_Imaginario_del_cuerpo_en_la_tecnociencia.pdf/ [15/01/2018].

- Link, Bruce y Phelan, Jo (2001): “Conceptualizing Stigma”. En: *Annual Review of Sociology*. vol. 27, pp. 363-385.
- Menéndez, Eduardo (1998): “Estilos de vida, riesgos y construcción social. Conceptos similares y significados diferentes”. En: *Revista Estudios Sociológicos*, vol. 16, n°. 46. México D.F: Colegio de México. Disponible en: <http://aleph.academica.mx/jspui/bitstream/56789/24227/1/16-046-1998-0037.pdf> [30/10/2017].
- Ministerio de Salud Pública (2016): “Se inaugura obra emblemática en el sur de Quito: Hospital Gineco Obstétrico de Nueva Aurora Luz Elena Arismendy”. Disponible en: <http://www.salud.gob.ec/se-inaugura-obra-emblematica-en-el-sur-de-quito-hospital-gineco-obstetrico-de-nueva-aurora-luz-elena-arismendy/> [30/05/2018].
- Natella, Graciela (2008): “La creciente medicalización contemporánea: prácticas que la sostienen, prácticas que la resisten en el campo de la salud mental”. En: Adrián Cannellotto y Erwin Luchtenberg (eds.): *Medicalización y sociedad: lecturas críticas sobre un fenómeno en expansión*. Buenos Aires: Universidad General de San Martín.
- OMS - Organización Mundial de la Salud (2015a): “Infecciones de transmisión sexual”. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs110/es/> [10/05/2018].
- OMS - Organización Mundial de la Salud (2015b): “Papiloma virus humanos (PVH) y cáncer cervicouterino”. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs380/es/> [10/05/2018].°
- Vargas-Daza, Emma; Quiroz-Añorve, Erica; Galicia-Rodríguez, Liliana y Villarreal-Ríos, Enrique (2013): “Experiencia vivida de mujeres al ser diagnosticadas con virus del papiloma humano”. En: *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, vol. 1, n°. 22, pp. 5-12. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriamss/eim-2014/eim141b.pdf> [21/12/2018].
- SOLCA (2015): Registro tumores Quito. Disponible en: <http://www.estadisticas.med.ec/webpages/publicaciones.jsp> [20/05/2018].
- Scott, Joan W. ([1992] 2001): “Experiencia”. En: *Revista La Ventana*, n°. 13. Universidad de Guadalajara. Disponible en: <http://revistalaventana.cucsh.udg.mx/index.php/LV/article/viewFile/551/574/> [29/12/2017].
- Sossa, Alexis (2011): “Análisis desde Michel Foucault referentes al cuerpo, la belleza física y el consumo”. Disponible en: <https://journals.openedition.org/polis/1417> [02/02/2018].
- República del Ecuador (2018): Ley Orgánica Integral para Prevenir y Erradicar la Violencia Contra las Mujeres. En: Registro oficial, Año I, N° 175 - Suplemento. Quito, lunes 5 de febrero de 2018. Disponible en: <https://www.igualdadgenero.gob.ec/wp-content/uploads/2018/02/REGISTRO-OFICIAL-LEY-ORGA%CC%81NICA-INTEGRAL-PARA-PREVENIR-Y-ERRADICAR-LA-VIOLENCIA-CONTRA-LAS-MUJERES.pdf> [09/05/2019].