



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE
MÉXICO

“FACULTAD DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA”

TESIS PROFESIONAL

“PERCEPCIÓN DE LA VIDA EN MUJERES INFECTADAS CON VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO”

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN ENFERMERÍA

PRESENTA

ROSALINDA GUADARRAMA PÉREZ

DIRECTOR DE TESIS

DRA EN ENF. CLEOTILDE GARCIA REZA



TOLUCA, MEXICO OCTUBRE DE 2016



8.5 Voto Aprobatorio : Evaluación Profesional

Facultad de Enfermería y Obstetricia
Subdirección Académica
Departamento de Evaluación Profesional



Versión Vigente No. 06

Fecha: 23/01/2015

VOTO APROBATORIO

Toda vez que el trabajo de evaluación profesional, ha cumplido con los requisitos normativos y metodológicos, para continuar con los trámites correspondientes que sustentan la evaluación profesional, de acuerdo con los siguientes datos:

Nombre del pasante	ROSALINDA GUADARRAMA PÉREZ		
Licenciatura	ENFERMERÍA	N° de cuenta	0926330 Gen:2011-2015
Opción	TESIS	Escuela de Procedencia	FACULTAD DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
Nombre del Trabajo para Evaluación Profesional	"PERCEPCIÓN DE LA VIDA EN MUJERES INFECTADAS CON VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO"		

	NOMBRE	FIRMA DE VOTO APROBATORIO	FECHA
ASESOR	DRA. EN ENF. CLEOTILDE GARCÍA REZA		20-10-2016
COASESOR ASESOR EXTERNO <small>(Sólo si aplica)</small>			

	NOMBRE	FIRMA Y FECHA DE RECEPCIÓN DE NOMBRAMIENTO	FIRMA Y FECHA DE ENTREGA DE OBSERVACIONES	FIRMA Y FECHA DEL VOTO APROBATORIO
REVISOR	M. en A.M. TERESITA DE JESUS ESCOBAR CHÁVEZ	 20-09-2016	 27-09-2016	 20-10-2016
REVISOR	M. en A.S.S. VICENTA GÓMEZ MARTINEZ	 13-oct-2016	 18-oct-2016	 20-oct-2016

Derivado de lo anterior, se le **AUTORIZA LA REPRODUCCIÓN DEL TRABAJO DE EVALUACIÓN PROFESIONAL** de acuerdo con las especificaciones del **anexo 8.7** "Requisitos para la presentación del examen de evaluación profesional".

	NOMBRE	FIRMA	FECHA
ÁREA DE EVALUACIÓN PROFESIONAL	DRA. EN TANAT. YESENIA GARCIA ZEPEDA		27-oct-2016

DEDICATORIAS

A Dios

Por permitirme culminar este proyecto.

A mi Mamá

Como un testimonio de cariño y eterno agradecimiento por mi existencia, valores morales y formación profesional. Porque sin estimar esfuerzo alguno, haz sacrificado gran parte de tu vida para formarme y porque nunca podré pagar tus desvelos, ni aun con las riquezas más grandes del mundo. Por lo que soy y por todo el tiempo que te robe pensando en mí.

A mi Papá

Porque sé que desde el cielo es un ángel que guía mis pasos, cuyo amor y ejemplo me acompaña en todo momento, rebasando las barreras del tiempo y espacio.

A Lily

Porque en cada momento de mi vida haz estado presente aun cuando los días parecen convertirse en tormentas, agradezco infinitamente tus consejos, el tiempo brindado, palabras de aliento y el compartir conmigo tu experiencia profesional que motiva a continuar en esta lucha constante.

A Lulú

Por su apoyo incondicional durante mi formación académica, por todo lo que compartimos juntas y ser especial en mi vida.

A las mujeres entrevistadas

Personajes clave en esta investigación que de una u otra manera han compartido momentos de su vida conmigo.

“Lo importante no es lo que hace el destino, sino lo que nosotros hacemos de él” Florence Nightingale

Rosalinda Guadarrama Pérez

AGRADECIMIENTOS

Transitar por nuevos horizontes de conocimientos, me llevo al encuentro con la **Dra. Cleotilde García Reza**. Agradezco infinitamente sus orientaciones y sugerencias para la investigación sobre todo por su paciencia de leer varias veces los avances. Reconozco en usted la solidaridad que tuvo conmigo a lo largo de los diferentes eventos académicos en los que participamos. Gracias por su valiosa amistad.

A todos los docentes de la Facultad de Enfermería (UAEM) que se dedican a la ardua labor de educar para formar profesionales competentes en el campo de la Enfermería

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	7
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	10
JUSTIFICACIÓN	16
OBJETIVOS	18
SUPUESTO.....	19
DISEÑO METODOLÓGICO.....	20
CAPÍTULO I	
MARCO TEÓRICO	
ANTECEDENTES HISTORICOS DEL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO (VPH) ...	31
1.1 HISTORIA	31
1.2 ANTECEDENTES.....	32
1.3 DEFINICIÓN DEL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO	35
1.4 CONCEPTOS	45
CAPÍTULO II	
LA MUJER INFECTADA CON VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO	48
2.1 DEFINICIÓN DE MUJER INFECTADA CON VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO	48
2.2 CONCEPTOS	48
2.3 INICIO DE VIDA SEXUAL ACTIVA.....	48
2.4 FACTORES DE RIESGO.....	49
CAPÍTULO III	
PERCEPCIÓN EN MUJERES INFECTADAS.....	52
3.1 HISTORIA.....	52
3.2 ANTECEDENTES.....	55
3.3 DEFINICIÓN DE PERCEPCIÓN.....	57

3.4 CONCEPTOS	57
3.5 SENTIMIENTOS, MIEDOS Y CREENCIAS	59
CAPÍTULO IV	
LA VALIDEZ POR CONSTRUCTO, ENTREVISTA A PROFUNDIDAD Y REPRESENTACIONES SOCIALES DENTRO DE LA INVESTIGACION CUALITATIVA	
	64
4.1 VALIDEZ POR CONSTRUCTO	64
4.2 ENTREVISTAS CUALITATIVAS.....	66
4.3 ANÁLISIS DE CONTENIDO BAJO EL REFERENTE TEÓRICO DE LAS REPRESENTACIONES SOCIALES	70
CAPÍTULO V	
LAS CATEGORÍAS TEÓRICAS Y EL ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	
	78
5.1 “La percepción ante el diagnóstico, la visión del diagnóstico”	82
5.2 “La espiritualidad frente a la vida cotidiana”	86
5.3 “La pareja un estímulo ante la solicitud de atención al cuidado de la salud”	89
5.4 “La pareja sexual una puerta angosta a la salud”	92
5.5 “El miedo otro factor importante”	95
5.6 “Valor para seguir adelante eso no me va a vencer, la vida sigue”	98
5.7 “El despertar del virus con papiloma humano”.....	101
5.8 “La triada del virus”	103
CONCLUSIONES.....	106
SUGERENCIAS	109
FUENTES DE INFORMACIÓN	111
ANEXOS	120

INTRODUCCIÓN

La presente investigación estudió ¿Cuál es la percepción de la vida en mujeres infectadas con Virus del Papiloma Humano (VPH) en el Hospital Perinatal del Estado de México según algunos autores como Picón (2009), afirmó que las percepciones de las mujeres respecto a no realizarse el estudio del VPH era en razón al miedo a lo “desconocido”, acompañado además de la vergüenza de que sus genitales fueran vistos y tocados por otro hombre que no fuese su pareja en este caso se hacía referencia al médico que realiza el estudio del Papanicolaou para la detección oportuna del VPH . Por el contrario, otras le restaron importancia al estudio al considerarse en bajo riesgo o casi nulo debido a que solo mantenían vida sexual activa con su pareja olvidando con esto que su pareja bien podría mantener relaciones sexuales coitales a la misma vez con otras mujeres Picón (2009).

Se han realizado estudios previos para conocer la percepción de la vida en mujeres infectadas con Virus del Papiloma Humano considerando a la percepción como: “la capacidad para recibir mediante los sentidos, las imágenes, impresiones o sensaciones externas y comprender o conocer algo”, tal como el realizado por Da Silva Marques (2005) donde de manera global se hace referencia a que las mujeres cambian notablemente su percepción pues ahora experimentan miedo a desarrollar cáncer cervicouterino, aprehensión por las relaciones sexuales coitales y angustia por su futuro.

Dado que existe miedo es ahora que surge el interés por realizar acciones en pro de su bienestar, estableciendo de este modo el interés por el cuidado de ellas mismas. Como se sabe el VPH se contagia a través del contacto de la piel no es necesaria la penetración, es un microorganismo con capacidad para producir tumores epiteliales benignos o malignos, representa una de las infecciones de transmisión sexual más común. Se puede infectar cualquier persona que haya tenido contacto genital de la persona infectada Picón (2009).

Según el Instituto Catalán de Oncología tanto hombres como mujeres son portadores del VPH, pero predominantemente los hombres se consideran potenciales transmisores múltiples de dicho virus. La agencia Internacional de investigación para el cáncer afirma que los hombres que han tenido relaciones sexuales coitales con mujeres que practican la actividad sexual como un comercio habían infectado a sus esposas Melo (2012). Las mujeres ahora infectadas del VPH prácticamente cambiaron su percepción de la vida y llegan a generarse confusión y miedo respecto a la práctica de las relaciones sexuales coitales.

Se han realizado investigaciones previas, como la de Picón (2009) donde se señaló que la razón suficiente de la incidencia del VPH es la falta de conocimientos que tienen las mujeres respecto al mismo y si se desconoce de este es evidente que también se desconoce del estudio de Papanicolaou y de su relación con el cáncer cervicouterino por el contrario las mujeres que conocen la existencia del VPH lo consideran poco trascendental y por ende se habla de una falta de conciencia respecto al tema.

El mismo autor mencionó que parte de la relación que existe entre el VPH y las mujeres está vinculada con los mismos factores socioculturales, aquellos mismos factores socioculturales que tienen mayor peso que su propio bienestar en referencia a que establecen una asociación equivocada entre el VPH el estudio de Papanicolaou y los temas sexuales. Se señala así mismo otro elemento fundamental para que las mujeres acepten realizarse el estudio de Papanicolaou como es la posible promiscuidad que pueden llevar a cabo sus parejas a razón de que las mujeres creen completamente en su fidelidad.

Un autor más Álvarez (2012) mencionó que el deficiente conocimiento acerca del VPH y el cáncer cervicouterino aumenta por completo el miedo a realizarse el estudio de Papanicolaou puesto que como se desconoce del tema se piensa que podrían resultar portadoras del mismo y enseguida el rol de pareja, esposa, madre, hija, se ve alterado por completo.

Se ha dividido la tesis en V capítulos se citan a continuación:

Capítulo I hace referencia a los antecedentes históricos del VPH puesto que desde antaño se tienen registro de la existencia del mismo.

Capítulo II La mujer infectada con VPH donde se dan a conocer definiciones, conceptos básicos requeridos para hablar de mujer infectada con VPH, factores de riesgo, etapa reproductiva e inicio de vida sexual activa.

Capítulo III Percepción en mujeres infectadas donde se hace referencia a antecedentes, historia, definiciones y conceptos que permiten explicar la percepción de dichas mujeres.

Capítulo IV La validez por constructo, entrevista a profundidad y representaciones sociales dentro de la investigación educativa, en este capítulo se describen aspectos generales de la validez por constructo, entrevistas cualitativas y del análisis de contenido bajo el referente teórico de las representaciones sociales.

Capítulo V Las categorías teóricas y el análisis de resultados donde se presenta un panorama de los datos sociodemográficos de las mujeres portadoras del VPH, se muestran las categorías generadas de las respuestas obtenidas y finalmente figuras creación propia donde se muestran emociones y sentimientos derivados de la percepción de las mismas.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La principal vía de transmisión del virus del papiloma humano es la sexual (contacto directo). En los Estados Unidos de Norteamérica se estima que más de 20 millones de mujeres son portadoras del Virus del Papiloma Humano (VPH), con una prevalencia de la infección de 60 a 70 por ciento en mujeres de 15 años o más. En México, la prevalencia del VPH no está bien determinada, debido a que esta infección no es de reporte obligatorio ante las autoridades sanitarias, sin embargo, algunos reportes indican que la prevalencia de esta infección en nuestro país es de alrededor de un 20 por ciento en la población abierta de bajo riesgo, y de un 43 por ciento en la población de alto riesgo Valdovinos (2009).

La infección por VPH es la más frecuente de las transmitidas sexualmente a nivel mundial, debido quizá a los cambios en la conducta sexual. Se considera que 2% de todas las mujeres en edad fértil tienen VPH y 30% de ellas con actividad sexual están infectadas, alrededor de 25 a 65% de las personas que han tenido contacto sexual con personas infectadas la adquieren y sólo de 60 a 80% de los infectados a nivel anal informan una relación ano genital. La transmisión es generalmente de tipo sexual, aunque se sugieren otros como la auto inoculación, fómites, iatrogénica durante la misma exploración ginecológica y anal con el mismo guante, instrumental mal esterilizado Valdovinos (2009).

Según Picón (2009) menciona que la infección por el VPH es la causa principal del cáncer cervicouterino, el segundo cáncer más común en las mujeres en el mundo. Se entiende que el cáncer cervicouterino tiene como trasfondo el VPH, una vez que este virus no fue detectado a tiempo, no se cumplieron los criterios de diagnóstico oportuno y por ende el tratamiento ha sido prácticamente nulo en referente al desconocimiento de la existencia del virus, genera un cuantificable número de víctimas, motivo por el cual lleva a considerar a este cáncer como la segunda causa de muerte en el mundo.

Dentro del campo de la Enfermería resulta fundamental brindar cuidados oportunos a la paciente portadora del Virus del Papiloma Humano en la medida de realizar intervenciones para posibles diagnósticos de las respuestas humanas presentes tales como: ansiedad, insomnio, déficit de la toma de decisiones, afrontamiento inefectivo.

Según Picón (2009) menciona que la percepción de las mujeres acerca del Papanicolaou les inhibía la vergüenza se asociaba con el examen, que tenían miedo por el dolor y porque no sabían bien lo que sucede durante el examen y el elemento desconocido les da temor y otras muchas mujeres no se realizan la prueba del Papanicolaou porque no se sienten en riesgo. Da Silva Marques (2005) menciona que se realizó una investigación con la finalidad de conocer la percepción de un grupo de mujeres acerca del hecho de ser portadoras del VPH y de acuerdo a los resultados obtenidos se encuentran lo siguiente:

- 1) Sentimiento de decepción y preocupación por la curación
- 2) Miedo a las relaciones sexuales
- 3) Es necesario cuidarse a sí misma
- 4) Riesgo de cáncer del cuello uterino

Su esfera sexual también se ve afectada al “cerrar la puerta” a tener relaciones sexuales coitales pues aparece un nuevo concepto: “miedo” mismo que les permite realizar acciones en pro de su misma salud, mismas que van desde el descanso reparador hasta el seguimiento oportuno de su tratamiento médico, todo esto con la finalidad de disminuir la probabilidad de desarrollar cáncer cervicouterino dado que conocerse portadoras del VPH les da el riesgo de desarrollarlo pero que si llevan a cabo acciones para la prevención del mismo la posibilidad disminuyen notablemente Da Silva Marques (2005).

Se interpreta que la percepción posterior al diagnóstico del VPH cambia notablemente la manera en que las mujeres conciben la vida al manifestar notable inquietud por su

curación y el interés por modificar hábitos “negativos” anteriormente desarrollados. Se puede establecer un cambio de percepción de la vida en mujeres infectadas con VPH de manera significativa al decidir tomar acciones “positivas” que les permitan mejorar su salud y prevenir posibles daños.

Para ello es importante analizar los siguientes, términos, conceptos que se presentan a continuación:

Vida: La palabra vida procede del vocablo latino “vita” y es una propiedad o fuerza interna que le permite a quien lo posee cumplir con las llamadas funciones vitales: nacer, crecer, reproducirse y morir. La vida es la característica que distingue objetos que tienen procesos autosustentables de aquellos que no, ya sea porque son objetos o porque han muerto. Las mujeres son seres vivos y que por tal motivo tienen la facultad para desarrollar las distintas etapas de la vida acumulando con ello experiencias y vivencias en cada etapa Instituto Bernabeu (2013).

Mujer: Pertenece al género femenino, poseyendo órganos sexuales que la capacitan para engendrar otros individuos de la raza humana, a partir de su desarrollo, lo que ocurre con la aparición de la primera menstruación, alrededor de los 12 años, extendiéndose este periodo fértil hasta la menopausia, durante su vida también corre el riesgo de ser contagiada de enfermedades de transmisión sexual tal como es el VPH al tener relaciones sexuales coitales con un hombre que practica estas últimas con múltiples parejas sexuales Instituto Bernabeu (2013).

Virus del Papiloma Humano (VPH): Microorganismo de potencial oncogénico perteneciente a la familia de los Papillomaviridae, infecta la piel y mucosas pudiendo producir tumores epiteliales benignos o malignos, varea en su tropismo tisular Sanfilippo (2007).

Las mujeres que establecen una vida sexual activa sin protección y con un hombre que lleva a cabo la promiscuidad están íntimamente condenadas a desarrollar el VPH lo que les condiciona de no atenderse a tiempo a desarrollar Cáncer cervicouterino Concha (2012).

Percepción: Deriva del termino latino perceptivo y describe tanto a la acción como a la consecuencia de percibir (es decir, de tener la capacidad para recibir mediante los sentidos las imágenes, impresiones o sensaciones externas, o comprender y conocer algo) García (2014). Las mujeres posteriores a conocer el diagnóstico de VPH tienden a generarse una percepción distinta respecto a la práctica de la vida sexual activa puesto que llega a generarles confusión, miedo, tristeza cuestionándose acerca de su salud en el futuro y en muchas ocasiones tiende a manifestar importancia por el tema Picón (2009).

Hospital Perinatal del Estado de México: Es un hospital de alta especialidad que brinda atención oportuna en la atención del embarazo, parto y puerperio complicado y cuenta con la posibilidad de transformar debilidades en fortalezas brindando cuidados de alta especialidad a la madre gestante infectada con el VPH para que esta tenga a su hijo, sin existir contagio por el canal vaginal estableciendo para ello la práctica de la cesárea puesto que como se conoce el contacto del canal de parto con el recién nacido le favorece la incidencia de enfermedades oportunistas Instituto de Salud del Estado de México (2013).

Picón (2009) menciona que un obstáculo principal es la falta de conocimiento y conciencia sobre la enfermedad. Se entiende que el VPH tiene como trasfondo una falta de educación apropiada en el tema por la misma razón las mujeres desconocen elementos para su diagnóstico como son el estudio de Papanicolaou y su vínculo con el cáncer cervicouterino, es decir a ellas nunca se les explicó del virus, etiología, factores de riesgo, signos, síntomas, muchas otras por el contrario saben del tema, sin embargo, lo consideran de poca relevancia y consideran que ellas nunca les sucederá.

Tomando en cuenta estudios realizados por Picón (2009) menciona que “existen varios factores socio-culturales”. Se deduce que aun en nuestros días existe cierta carga socio- cultural que afecta en la toma de decisiones de la mujer y que pesa más dicha carga, que el preocuparse por su bienestar y realizar acciones positivas a favor del mismo.

Álvarez (2012) menciona que se basan en la asociación cercana entre el VPH, el Papanicolaou y lo temas sexuales. Como toda enfermedad de transmisión sexual, una infección de VPH implica ciertas prácticas sexuales, sobre todo la promiscuidad que puede ser difícil de admitir o discutir abiertamente. Se deduce que la mujer que conoce acerca de la existencia del estudio del Papanicolaou le resta importancia al relacionarlo con la propia práctica sexual por tal motivo, lo consideran como una actividad poco confiable, generándoles miedo e inseguridad.

Las mujeres no aceptan que un hombre externo en este caso el médico que realiza el estudio toque y vea sus genitales para el estudio de Papanicolaou, para ellas el único con “derecho” para realizarlo es su pareja, evitando así la detección oportuna del VPH y postergando el diagnóstico que en muchos casos termina convirtiéndose en cáncer cervicouterino. Con lo anterior surge un sujeto detonante para la aparición del virus: las mujeres confían que únicamente sus parejas tienen relaciones sexuales coitales con ellas por tal motivo no pueden tener el VPH Álvarez (2012).

Álvarez (2012) ha sido mostrado que tener buena comunicación con un proveedor estable mejora el conocimiento de las mujeres acerca del Papanicolaou y la probabilidad de que ellas regresen a hacerse el examen con regularidad; no tener buenas relaciones con su proveedor tendrá el efecto opuesto. Se infiere de esta manera que el papel que juega el proveedor o pareja es fundamental puesto que el tenerlo cerca les genera apoyo y confianza para continuar trabajando en la detección oportuna del VPH puesto que la mujer conoce acerca de los posibles factores de riesgo de la que es parte.

El poco conocimiento de información de infecciones de transmisión sexual como VPH, cáncer cervicouterino y su tratamiento empeora la percepción y aumenta el temor que las mujeres tienen del Papanicolaou. Se infiere que la falta de conocimiento acerca del VPH, así como otros temas relacionados con el mismo aumenta la desconfianza de la mujer y permiten que se vea invadida por el miedo prefiriendo hacer caso omiso de la información que llega a sus manos por el temor de resultar positivo al diagnóstico y con ello descuiden a sus hijos y pareja Álvarez (2012).

Es por ello que surge la siguiente interrogante: ¿Cuál es la percepción de la vida de las mujeres infectadas con VPH en el Hospital Perinatal del Estado de México?

JUSTIFICACIÓN

La relevancia social del presente trabajo es narrar la percepción de la vida en mujeres infectadas con el Virus del Papiloma Humano (VPH) debido a que la percepción de la vida cambia significativamente al conocerse portadoras del mismo, experimentando sentimientos negativos hacia ellas mismas como son el rechazo y el miedo al ver su futuro como incierto y además confusión en sus creencias puesto que en muchas de las ocasiones no se tenía un cuidado oportuno en las relaciones sexuales coitales argumentando que estaban protegidas al solo tener vida sexual activa con una persona.

Existen otros factores como el resultado de la carencia o falta de información respecto al VPH en referente a considerarlo tema tabú o simple desapego a la información y con ello la posibilidad de que si no se establece un cuidado oportuno les genere cáncer cervicouterino, agregando factores como: edad de inicio a la vida sexual activa, consumo frecuente de anticonceptivos orales, hábito de fumar, dieta baja en antioxidantes, nula ingesta de ácido fólico y vitaminas. La presente investigación toma como variable principal a la percepción, Martínez (2008) comenta que fue definida por Neisser en 1953 como “un proceso activo-constructivo”, mismo que se apoya de la existencia del aprendizaje.

La necesidad que cubre en el área de la salud es disminuir los sentimientos negativos, miedos y creencias posteriores al diagnóstico del VPH a razón de que se establece una relación errónea entre el estudio del Papanicolaou vinculada con la práctica de actividad sexual en relación a la misma deficiencia de conocimientos respecto al tema. Este estudio permite identificar la forma de vida para evitar que la mujer se vea influenciada por factores socioculturales, estableciendo una relación errónea entre el estudio del Papanicolaou vinculada con la práctica de actividad sexual.

Dicho estudio identifica la deficiencia de conocimientos respecto al tema, falta de conciencia aun cuando se conoce sobre el tema, miedo a un resultado positivo, déficit de aceptación de la posible promiscuidad por parte de la pareja. El impacto de los resultados, enfatiza acerca de la importancia sobre el número de parejas sexuales que de manera ideal se debe tener para con ello mejorar la responsabilidad social puesto que como se conoce el portador principal de dicho virus es el hombre, agregando que con los resultados obtenidos se permite mejorar en las intervenciones del profesional de Enfermería.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Narrar la percepción de la vida en mujeres infectadas con Virus del Papiloma Humano en el Hospital Perinatal del Estado de México.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1.Describir las características sociodemográficas de las mujeres infectadas
- 2.Relatar sentimientos y emociones en mujeres infectadas con Virus del Papiloma Humano

SUPUESTO

Se estima que una vez conociéndose las mujeres portadoras del Virus del Papiloma Humano (VPH) se encontrarán desconcertadas expresarán emociones tales como decepción, al considerarse seguras teniendo vida sexual activa con una pareja, acompañados al mismo tiempo de enojo, tristeza y preocupación por su futuro puesto que el VPH es un suceso extraordinario más aún cuando no se contaba con conocimiento sobre el mismo, se deduce que las mujeres expresarán miedo a las relaciones sexuales coitales una vez que han perdido la confianza en sus parejas, todo ello les permitirá establecer hábitos de cuidado para sí mismas influidas por el miedo que se tiene al desarrollo de cáncer cervicouterino.

DISEÑO METODOLÓGICO

La presente investigación tuvo como objetivo narrar la percepción de la vida en mujeres infectadas con Virus del Papiloma Humano (VPH) en el Hospital Perinatal del Estado de México, para ello, se realizó una investigación de tipo cualitativo con método de saturación de respuestas. El análisis de datos se realizó bajo el referente teórico de las representaciones sociales. De Souza (2007) menciona a la investigación cualitativa como el estudio en profundidad de la naturaleza de la historia, representaciones, creencias y actitudes, percepciones y opiniones, los resultados de las interpretaciones que hacen los individuos sobre la forma en que viven, se construyen a ellos mismos, piensan y sienten.

Pertenece a línea de investigación: “Enfermería y Cuidado de la Salud” UAEM –CA 169, y registrada ante la Universidad Autónoma del Estado de México. El trabajo se inició con la revisión de libros, revistas, documentales entre otros, los cuales se buscaron en las bibliotecas de Enfermería, Psicología, Medicina, posteriormente se inició la búsqueda por internet de revistas electrónicas en bases de datos como Redalyc, Scielo durante los meses de septiembre a diciembre de 2013 misma que se continuó en 2014 durante enero y febrero. Se utilizó estrategia de búsqueda con las palabras: percepción, mujeres portadoras del VPH.

Los criterios de selección de los artículos fueron investigaciones realizadas en mujeres que dieran cuenta de la percepción relacionada con conocerse portadoras del VPH. Los artículos seleccionados fueron de una antigüedad no mayor a 10 años, a excepción de otros que se consideraron relevantes para esta revisión, en idioma español.

Con la información recopilada se realizó el análisis del tema a estudiar, esto permitió revisar el tema y plantear la pregunta de estudio para la elaboración del protocolo. Así se construyeron tales núcleos temáticos: Virus del Papiloma Humano, Mujer infectada, Percepción. **Ver Figura 1**

“Interacción del Virus del Papiloma Humano y su influencia en la percepción de la mujer infectada”

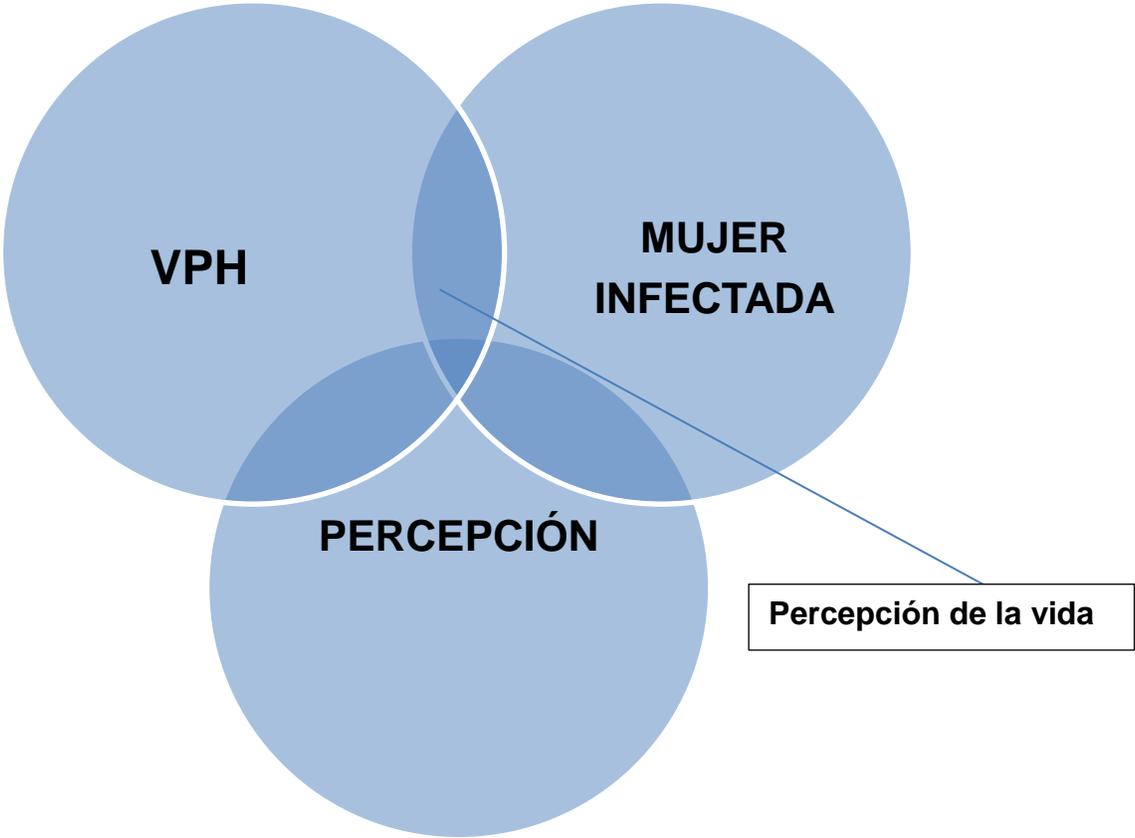


Figura 1: Creación propia

En el mes de marzo del mismo año el protocolo fue presentado ante el Comité de Ética en Investigación del Hospital con el dictamen de pendiente en aprobación y señalando algunas correcciones, se trabajó en correcciones en los meses abril y mayo, la aprobación final del protocolo se dio en junio, la prueba piloto se desarrolló en julio y agosto tras el permiso para su elaboración por parte del Comité de Ética en Investigación y después de proporcionarse el consentimiento informado a las participantes clave, se obtuvo una muestra de 5 participantes clave por el método de saturación de respuestas.

El universo de estudio fue de 30 mujeres infectadas con VPH que acudieron al Hospital Perinatal del Estado de México. La muestra se obtuvo por el método de saturación de respuestas de acuerdo a los siguientes criterios de inclusión: Mujeres que acudieron al Hospital Perinatal del Estado de México, que asistieron al servicio de Colposcopia con diagnóstico confirmado por especialista del Virus del Papiloma Humano, desearon participar y aceptar la entrevista, firmar el consentimiento informado, edad de 15 a 49 años. **Ver anexo 1**

Los criterios de exclusión fueron: mujeres con alguna cirugía, que tuvieran un diagnóstico confirmado distinto al del VPH, no estuvieran afiliadas al Hospital Perinatal del Estado de México, edad de 15 años y mayor de 49.

A los participantes clave se les aplicó una entrevista semiestructurada con un total de 8 ítems, misma que fue grabada con un límite de espacio y tiempo de 40 minutos por participante clave, en el servicio de Colposcopia del mismo Hospital. La entrevista semiestructurada se desarrolló con una guía de entrevista desarrollada por el investigador dividida en dos partes: la primera parte contiene un cuadro donde figuran las características sociodemográficas de las participantes clave, la segunda presenta cuestionamientos propicios para generar la entrevista semiestructurada que permite narrar la percepción de la vida en mujeres infectadas con VPH.

El escenario de las entrevistas se desarrolló afuera del servicio de Colposcopia y en algunas ocasiones se determinó realizarse en la terraza del Hospital considerando que este espacio resultaba ser más privado y permitía un mejor desarrollo de la misma. Posterior a la aplicación de las entrevistas estas fueron transcritas de agosto a noviembre del mismo año **ver anexo 3**, enseguida se aplicó la técnica de colorimetría y se desarrolló durante el último mes de 2015 para continuarse en 2016 durante los meses de enero a marzo. **Ver anexo 4.**

Se continuó con la búsqueda de categorías generadas de las propias respuestas de los sujetos de estudio durante los meses abril y mayo, mismas que fueron basadas en el soporte teórico previamente indagado. El investigador dirigió un título para cada categoría entre las cuales se destacan las siguientes: *“La percepción ante el diagnóstico, la visión del diagnóstico”, “La espiritualidad frente a la vida cotidiana”, “La pareja un estímulo ante la solicitud de atención al cuidado de la salud”, “La pareja sexual una puerta angosta a la salud”, “El miedo otro factor importante”, “Valor para seguir adelante eso no me va a vencer, la vida sigue”, “El despertar del virus con papiloma humano”, “La triada del virus”.*

Emergieron una vez aplicada las entrevistas los sentimientos: Enojo, tristeza, vergüenza, preocupación por su futuro, desilusión por depositar confianza en su pareja, miedo a desarrollar cáncer cervicouterino a la muerte, inquietud y optimismo por curación. **Ver Figura 2-6**

Emociones que emergieron de sujetos de estudio al conocerse portadoras

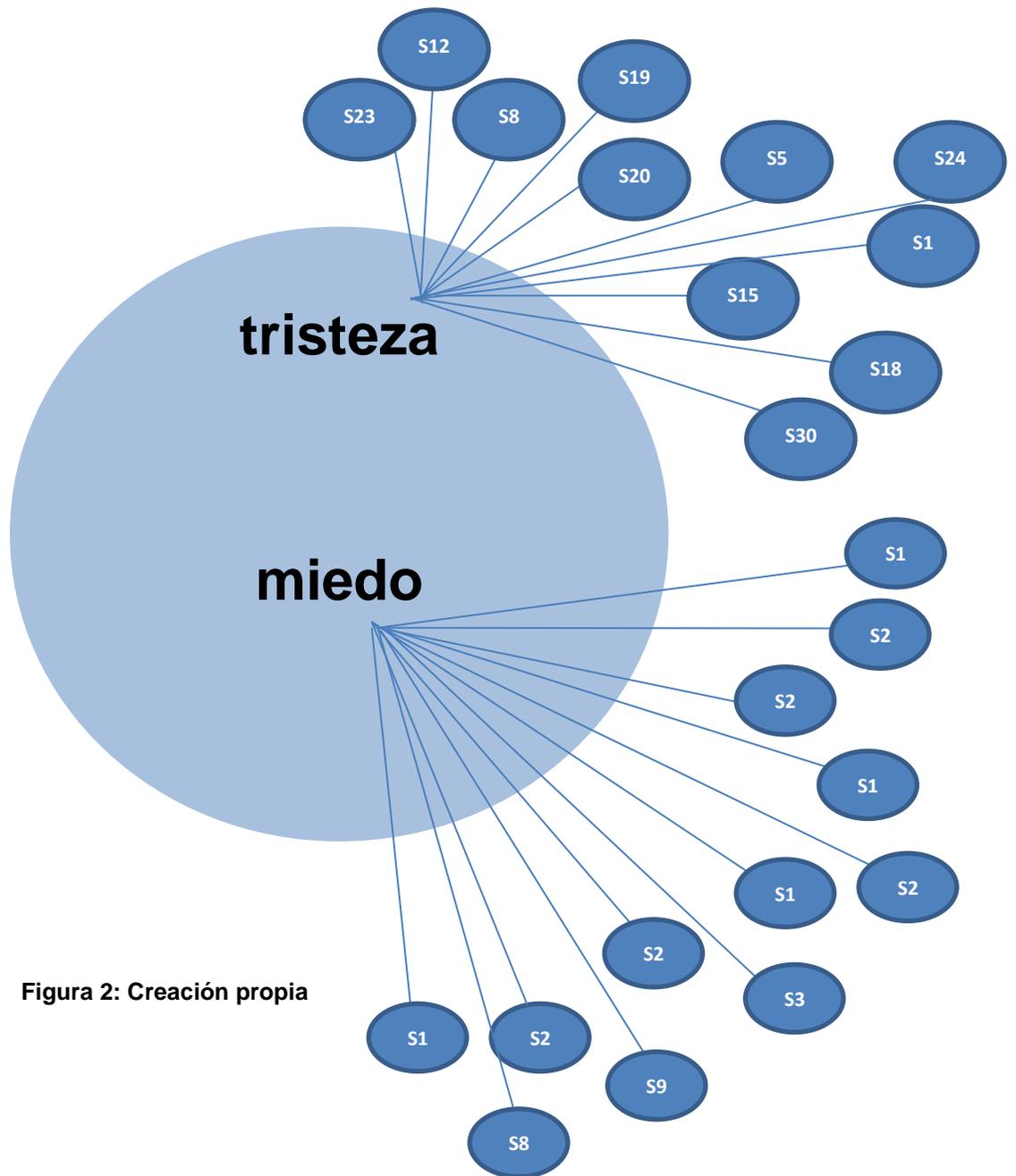


Figura 2: Creación propia

Emociones que emergieron de sujetos de estudio al conocerse portadoras

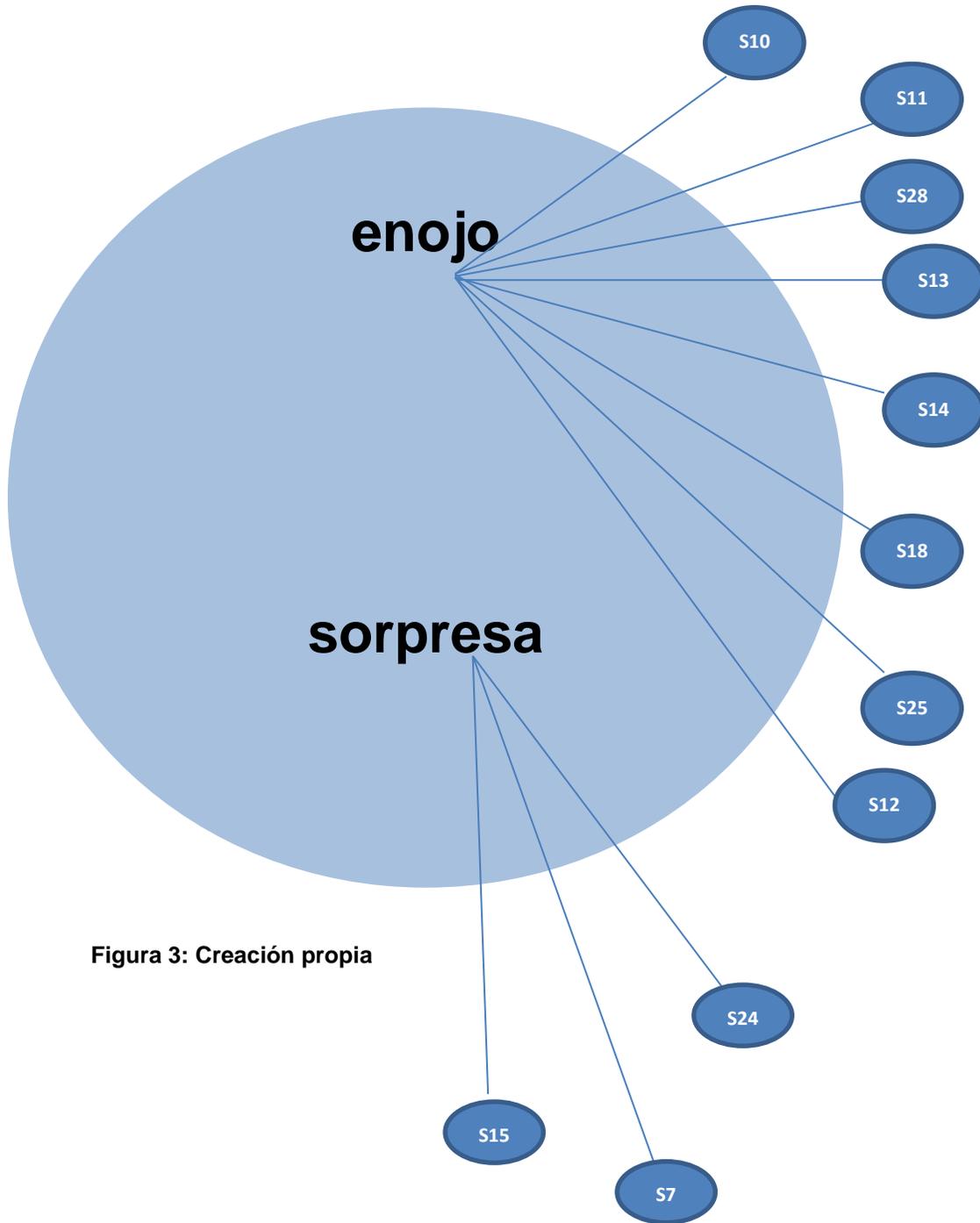


Figura 3: Creación propia

Sentimientos que emergieron de sujetos de estudio al conocerse portadoras

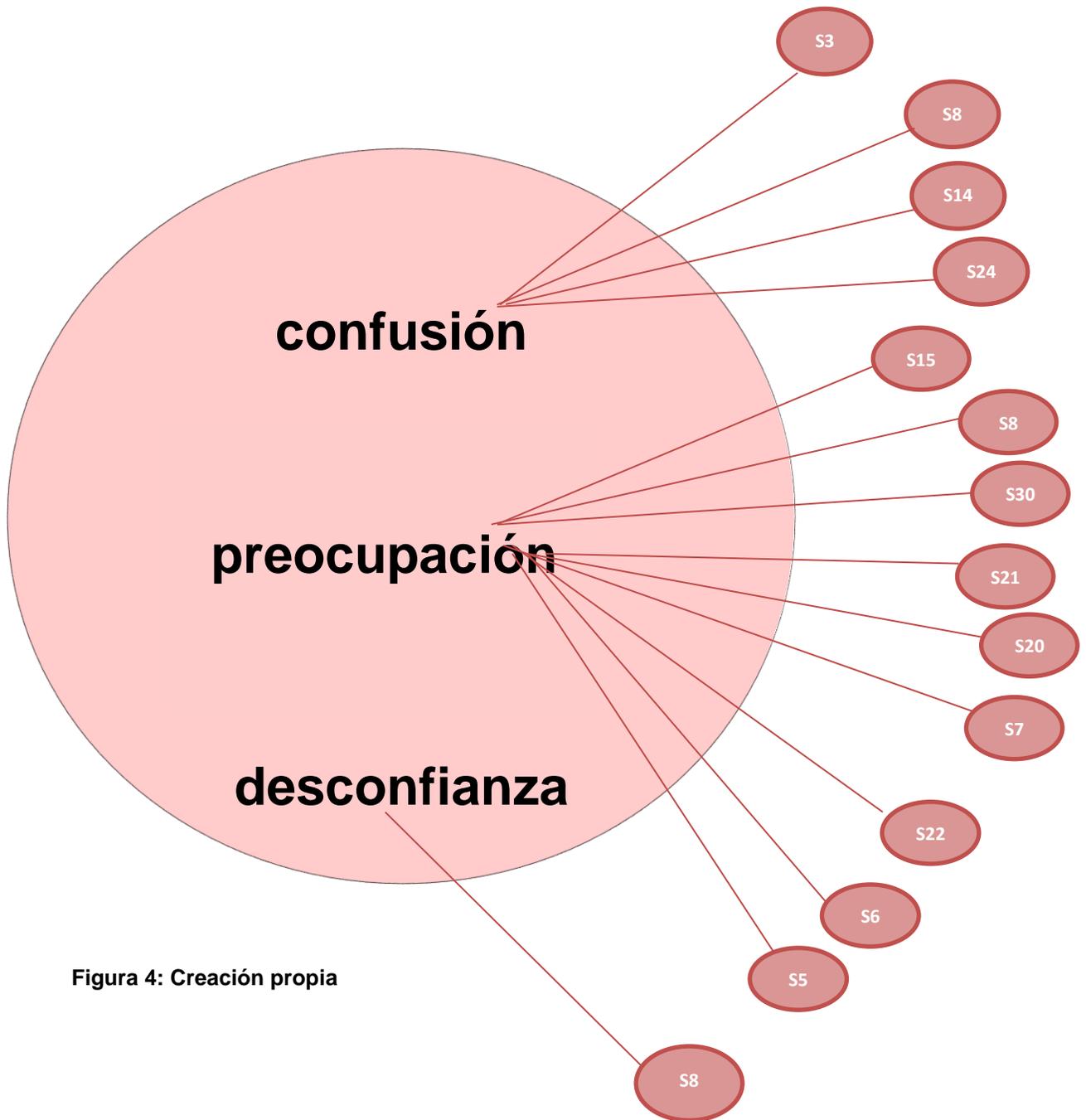


Figura 4: Creación propia

Sentimientos que emergieron de sujetos de estudio al conocerse portadoras

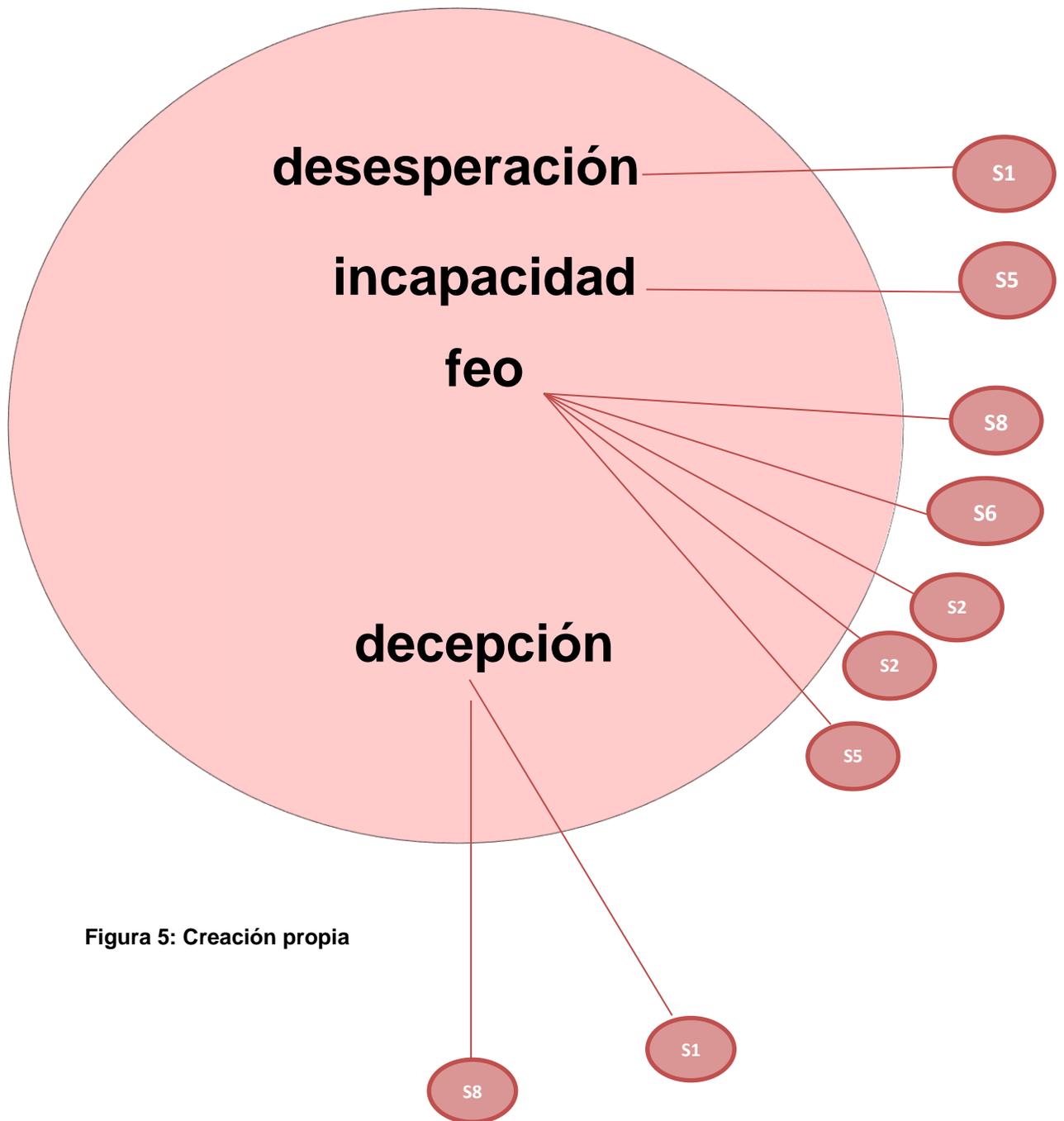


Figura 5: Creación propia

Sentimientos que emergieron de sujetos de estudio al conocerse portadoras

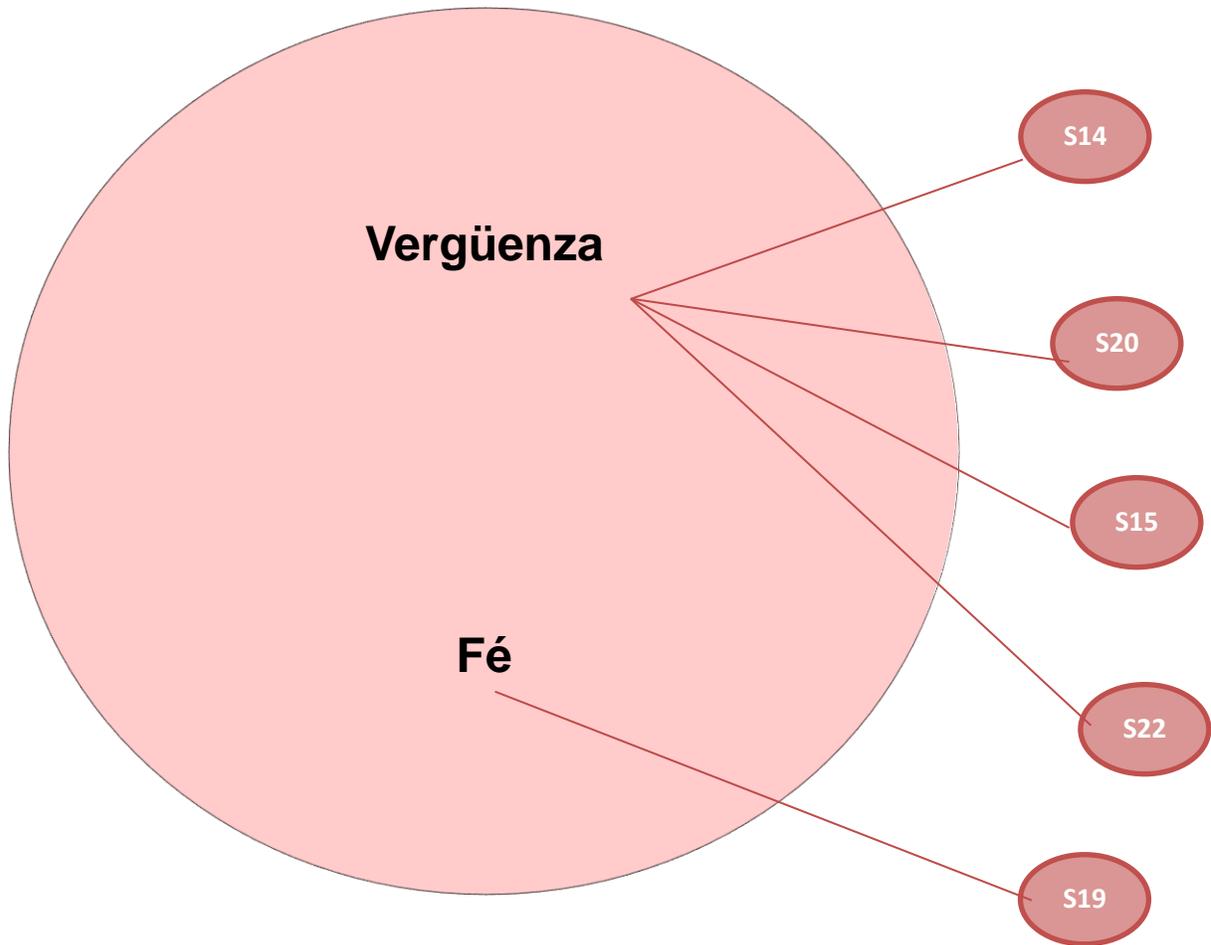


Figura 6: Creación propia

El instrumento se validó de acuerdo a constructo semántica. Para el análisis de los datos fue con el análisis de contenido, bajo el referente teórico de las representaciones sociales. El análisis de las representaciones sociales permite entender en qué medida sus contenidos reflejan los sustratos culturales de una sociedad, de un momento histórico y de una posición dentro de la estructura social Villarroel (2007). Lo anterior señala que realizar el análisis de las representaciones sociales permitió estudiar el todo en sus partes.

Por medio de las respuestas obtenidas de las participantes se logran conocer rasgos o características propias de una sociedad en un tiempo y momento determinado dentro de una organización social, realizando el análisis de las representaciones sociales se conocen creencias y percepciones mismas que impactan en la formación de otras representaciones y en el ejercicio de la práctica en su acontecer diario. Villarroel (2007). La importancia de abordar las representaciones sociales sobre la percepción de la vida en mujeres infectadas se encontró en hacer notar creencias, ideologías, valores, percepciones, construidas a partir de las vivencias sociales.

Con las representaciones sociales se obtuvo una categorización social que permitió encontrar similitudes o diferencias dentro de las respuestas obtenidas para el análisis. Resultó interesante esta temática del virus del papiloma humano en mujeres para enfatizar sobre las emociones poco abordado en la población mexiquense, esta investigación permitió generar intervenciones apropiadas frente al diagnóstico de infección por VPH, el temor puede ser una barrera importante para la prevención, punto de reflexión, dejando ver los sentimientos que emergen desde las mujeres infectadas. Las representaciones sociales de la percepción de la vida en mujeres infectadas con el VPH es importante para su estudio porque permitió conocer la base de sustentación de la que es parte la percepción de la vida en mujeres infectadas y considerar dicha percepción al momento de establecer intervenciones de Enfermería para la generación de estrategias de prevención. **Ver cronograma**

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

	2013				2014								2015								2016									
Actividad	sep	oct	nov	dic	ene	feb	mar	abr	ma	jun	jul	ago	dic	ene	feb	jun	jul	agos	sep	oct	nov	dic	ene	feb	mar	abr	may	jun	jul	agos
Búsqueda de información	■	■	■	■	■	■																								
Presentación de protocolo con dictamen pendiente en aprobación						■																								
Corrección de observaciones							■	■																						
Aprobación Final										■																				
Prueba piloto (5) y resultados preliminares											■	■																		
Ejecución de entrevistas (30)													■	■	■	■	■													
Transcripciones																		■	■	■	■									
Técnica Colorimetría																					■	■	■	■						
Categorías y análisis de resultados																									■	■	■			
Resultados finales																												■	■	

CAPÍTULO I

MARCO TEÓRICO

ANTECEDENTES HISTORICOS DEL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO (VPH)

1.1 HISTORIA

“La condición infecciosa de las verrugas, tanto en animales como en el ser humano, se demostró desde principios de siglo XIX. Uno de los primeros reportes de transmisión de verrugas en humanos fue por un accidente ocurrido en 1845 a un fabricante de velas de cera, que mientras estaba removiendo un condiloma acicular con su instrumento se lastimó debajo de la uña. Tiempo después apareció en el lugar de la lesión una verruga, que luego de destruirla repetidamente reaparecía, hasta que la uña fue finalmente removida” Ferrá (2011).

El investigador Ullmann inoculó extractos de papilomas laríngeos en heridas hechas por el mismo en su brazo. Después de 9 meses brotó una verruga en el sitio de inoculación. Las verrugas genitales y el cáncer cervicouterino siempre fueron referidos como manifestaciones de enfermedades venéreas comunes, tales como sífilis y gonorrea Paredes (2011).

Se usó un extracto de condiloma de pene, obtenido de un joven estudiante de medicina que no presentaba síntomas de enfermedad venérea alguna. Luego el extracto fue inoculado en el antebrazo del autor y el de su asistente, así como en la mucosa genital de una mujer que no había iniciado vida sexual activa. Después de 2.5 meses la desafortunada mujer desarrolló condiloma genital y en los brazos de los varones aparecieron verrugas. Se entiende que las verrugas genitales representaban enfermedades distintas causadas por un agente transmisible Ferrá (2011).

Ferrá (2011) comenta que Shope y Rous (1983) establecieron el concepto de que algunas verrugas pueden progresar la malignidad. Rous, 1930 informo el potencial oncogénico de extractos de papiloma virus en conejos. Shope, (1950) comprobó que: El agente causante de los condilomas se transmitía de un conejo a otro y era un agente filtrable, por tal razón, muy posiblemente un virus. Crawford y colaboradores, (1963) revelaron la estructura del genoma de los papilomavirus, sin embargo, debido a la falta de un procedimiento para cultivarlos y a la aparente benignidad de las verrugas en seres humanos, se retardaron los estudios de su potencialidad oncogénica.

“El VPH como un candidato en la génesis de las neoplasias del sistema genital. Se describió una lesión condilomatosa del cérvix inducida por VPH con presencia intranuclearmente en las células coilocíticas asociadas con neoplasia intraepitelial cervical, el enlace entre el CaCu y el VPH fue demostrado a principios de los años 80's por el doctor Harald Zur Hausen y la infección es un requisito necesario para el desarrollo de esta enfermedad” Ferrá (2011).

En el siguiente decenio se inició el aislamiento de diferentes tipos de papilomavirus humanos; primero, los tipos 6 y 11 en las verrugas genitales, y después, los tipos 16 y 18 en biopsias de carcinoma de cuello uterino. A pesar de estos avances, tuvieron que pasar unos diez años para que se aceptara la relación causa – efecto entre el papilomavirus y el cáncer de cuello uterino Ferrá (2011).

1.2 ANTECEDENTES

“El papilomavirus humano es muy específico de especie y no se producen infecciones interespecies, aun en condiciones experimentales. La naturaleza infecciosa de las verrugas humanas fue demostrada inicialmente a fines del siglo XIX cuando se mostró que los extractos de verrugas humanas producían verrugas

cuando eran inyectados a seres humanos.” Jiménez (2009). Se entiende que el VPH es un virus exclusivo de la especie humana, se han realizado estudios previos tomando como sujetos especies distintas sin encontrar resultados exitosos se demuestra que la única transmisión del virus es de humano a humano y que el signo objetivo es la aparición de verrugas.

Los riesgos del virus del papiloma humano incrementan los cuidados de atención, asistencia continua a revisiones médicas riesgo de morir por probabilidad de desarrollar cáncer cervicouterino, ante la falta de atención temprana por lo tanto la Enfermera debe de cuidar, educar con precisión y vigilancia a estas pacientes.

Ferrá (2011) menciona que en 1907 Ciuffo fue el primero en seguir que el agente infeccioso de las verrugas era un virus cuando transmitió la infección, utilizando filtrados libres de células. A pesar de estas primeras observaciones, el VPH no ha sido estudiado utilizando técnicas virológicas convencionales porque no ha sido propagado con éxito en cultivos o en animales estándares de laboratorio. Por esta razón nuestro conocimiento de la biología del VPH, así como las enfermedades que se asocian han dependido de técnicas de la biología molecular las cuales han incluido un conocimiento de la organización genómica de este virus.

Se entiende se han intentado realizar estudios diversos acerca de la existencia de este virus, conocido como virus del papiloma en otras especies no racionales debido a la interrogante de la existencia de este en especies distintas, sin embargo, no se han encontrado resultados que sustenten tal hipótesis por tal motivo se ha recurrido a la Biología molecular como ciencia encargada de estudiar los procesos moleculares que se desarrollan en un organismo utilizando para el estudio las características genéticas de dichos virus y realizando una asociación entre los anteriores y los presentes en el virus del papiloma humano Ferrá (2011).

El riesgo que presenta no conocer la genética de dichos virus involucrados en los papilomas humanos, podría disminuir la posibilidad de explicar procesos

específicos, por ejemplo: el cambio que presenta una célula normal en cancerígena y por ende la asociación existente de dicho virus del papiloma humano como factor de riesgo para cáncer cervicouterino Ferrá (2011).

Jiménez (2009) comenta que Hausen sugirió que el VPH era dado como un agente de transmisión sexual, en la misma década Meisel publicó una serie de artículos en los que describía una nueva lesión condilomatosa del cuello uterino inducida por los virus. Aunque la colicitosis había sido asociado con la Neoplasia cervical intraepitelial (NIC). En contraste con el clásico condiloma en coliflor se apreció que el VPH producía también una lesión plana y blanquecina identificada mejor mediante la colposcopia, que se consideró precursora de la neoplasia cervical.

Se entiende que en el transcurso de los años se ha intentado resolver la interrogante sobre el origen del VPH tomando en cuenta los signos del mismo además de la etiología y gracias al examen de colposcopia se afirma que éste se considera un problema real precursor de la neoplasia cervical. Los riesgos al contagio del VPH son diversos y sobrepasan los riesgos biológicos puesto que van desde situaciones de miedo, angustia, baja autoestima al conocerse portadoras debido a que experimentan desequilibrio en su bienestar y calidad de vida Jiménez (2009).

Jiménez (2009) comenta que, en 1985, Kreider y Cols, demostraron plenamente la capacidad transformadora del virus subtipo 11, al lograr reproducir los cambios condilomatosos presentes en un fragmento del cérvix normal, sembrando bajo la cápsula renal de un ratón atómico, junto con un fragmento de tejido con lesiones condilomatosas producidas por este subtipo; adicionalmente se presentaron cambios de displacia en el tejido normal. Estos hallazgos demostraron una asociación significativa y causal de ciertos subtipos de VPH y el cáncer cervical, con lo que se apoyan los postulados de Koch, ya que este virus como se ha mencionado anteriormente no se ha podido cultivar.

El papel oncogénico de este grupo de virus no solo se limita a la neoplasia del cuello uterino, sino que se señala que el 10% de las neoplasias humanas investigadas, el VPH está relacionado con la aparición de tumores. Se menciona que gracias a diversos estudios se logró establecer más allá de una relación entre varios subtipos del virus del papiloma humano y las displacias del cuello uterino puesto que además existe una relación significativa con otros carcinomas en distintas regiones de la anatomía humana., considerando ambos géneros Jiménez (2009).

Los riesgos que experimenta un individuo al convertirse en portador del virus del papiloma humano son diversos, puesto que permite que su sistema inmune se vea comprometido y por tal motivo múltiples microorganismos alteren más aun su estado de salud estableciendo la capacidad para el desarrollo de nuevas células cancerígenas y posteriormente el desarrollo de distintos tipos de carcinomas Jiménez (2009).

1.3 DEFINICIÓN DEL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO

El Virus del Papiloma Humano (VPH) es el agente causal de varios tipos de cánceres y entre ellos los del cuello uterino en mujeres. Son un grupo de virus de ADN de doble banda que pertenecen a la familia Papovaviridae, no poseen envoltura, y tienen un diámetro aproximado de 52-55 nm. El virus del papiloma humano (VPH) 16 se considera al agente causal más importante para el carcinoma cervicouterino por ello, el conocimiento de su biología es fundamental para entender la carcinogénesis cervical. Importante es señalar que el cáncer cervicouterino es una rara consecuencia de la infección de algunos tipos de virus mucosotrópicos del papiloma humano Barbosa (2005). **Ver Figura 7**

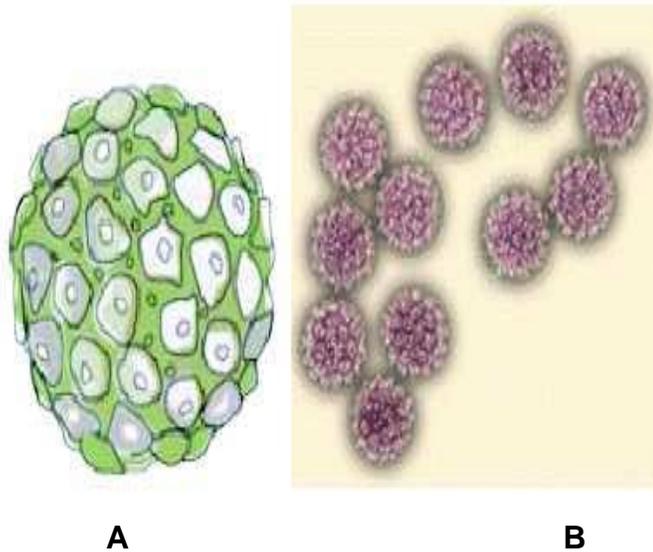


Figura 7: Representación del VPH. B. Micrografía electrónica del VPH

Sanabria (2009) menciona que las partículas virales están compuestas por una cápsida proteica, conformada en un 95% por la proteína L1 y en un 5% por la proteína L2, las cuales se ensamblan para formar capsómeros hecosaédricos y que serían usadas para la fabricación de vacunas profilácticas. Hacia el interior de la cápsida se encuentra un DNA circular de doble cadena de aproximadamente 8000 pares de bases, constituido por ocho genes y una región reguladora no codificante, la cual contiene sitios de unión para factores proteicos y hormonales del hospedero, necesarios para que el virus pueda completar su ciclo de replicación.

El genoma del VPH, lo conforman dos tipos de genes, aquellos que son codificados en las etapas tempranas de la infección, conocidos como genes E (del inglés Early = temprano), y aquellos que son codificados durante las etapas tardías del ciclo de replicación del mismo, conocidos como L (del inglés Late = tardío). Se conocen seis genes tempranos: E1, E2, E4, E5, E6 y E7 (aunque se considera que E4 es en realidad un gene tardío), y dos tardíos: L1 y L2. Los genes tempranos codifican proteínas involucradas en la replicación y regulación viral, así como en su capacidad carcinogénica. Por otro lado, los genes tardíos codifican las proteínas estructurales que conforman la cápsida viral Sanabria (2009).

Una región de aproximadamente 4000 pares de bases codifica las proteínas para la replicación viral y la transformación celular; otra región que posee 3000 pares de bases codifica proteínas estructurales de las partículas virales y finalmente una región de 1000 pares de bases que no codifica y contiene los elementos reguladores de la replicación y transcripción del ADN viral Sanabria (2009). **Ver Figura 8**

REPRESENTACIÓN ESQUEMÁTICA DEL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO

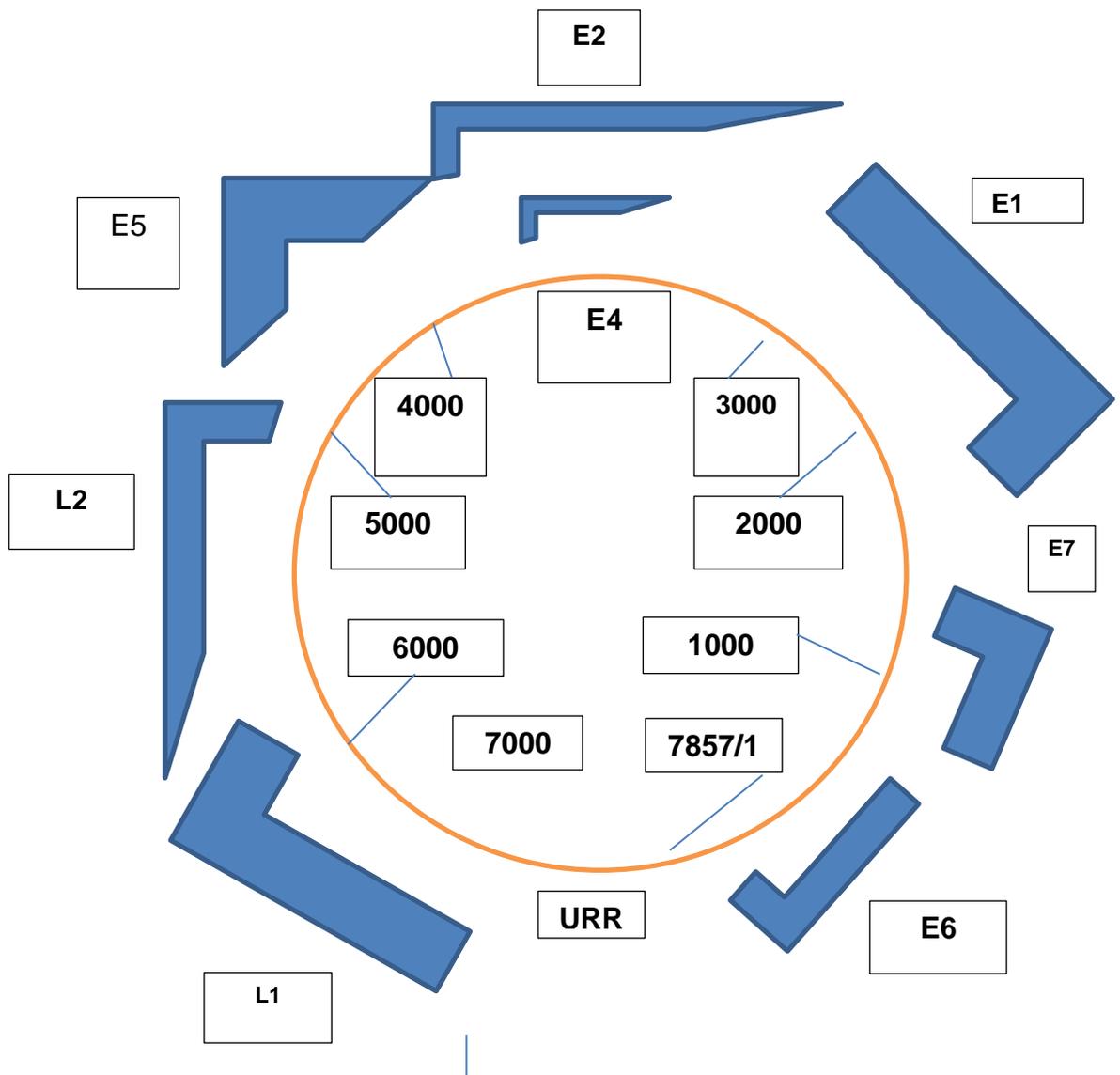


Figura8: Representación esquemática del genoma del VPH. E-1 a E7, genes de expresión

Se entiende según la representación esquemática anterior que debido a los estudios realizados y a la sintomatología que se ha presentado el virus del papiloma humano es conocido actualmente como antecedente de distintos cánceres como lo es el cáncer del cuello uterino. El virus del papiloma humano pertenece a la familia Papovaviridae, cuenta con una estructura específica: capsida proteica que se va a encargar de la fabricación de vacunas profilácticas. La estructura de éste es tan eficaz que una vez ya encontrándose dentro del huésped puede completar su replicación Sanabria (2009).

El genoma del Virus del Papiloma Humano es tan organizado que existen dos tipos de genes: tempranos y tardíos. Los primeros son los que poseen la capacidad de carcinogénesis y los segundos se encargan de mantener al propio virus. Sanabria (2009) menciona que puede compararse al genoma del virus del papiloma humano con un rompecabezas puesto que cada parte se ensambla para formar una determinada figura y en el caso del virus del papiloma humano cada una de las regiones que conforman al mismo, se ensambla para poder formar su replicación y cada región contiene una función específica.

Sanabria 2009 menciona que los riesgos que presenta la mujer al no conocerse portadora del virus del papiloma humano son muchos puesto que la falta de conocimiento bien podría generarle la posibilidad de presentar cáncer cervicouterino, mientras la mujer no se conoce portadora y habiéndose presentado los distintos factores de riesgo ya en su interior se están desarrollando procesos de replicación que más adelante podrían originar cáncer del cuello uterino.

ETIOLOGÍA

Sanabria (2009) comenta que la infección ocurre pronto después del comienzo de la primera relación sexual y la más alta prevalencia se observa en mujeres de menos de 25 años de edad. Luego la prevalencia decrece rápidamente. Se dice que la infección por VPH es transitoria, pero varios factores incrementan la persistencia:

genéticos, o adquiridos como la edad, la inmunodepresión, la contracepción oral, el tabaquismo, y factores virales (genotipo, variantes, carga viral, integración). El VPH es altamente transmisible se considera hoy día como la enfermedad de transmisión sexual más frecuente.

DIAGNÓSTICO

Los esfuerzos de prevención del cáncer cervicouterino en todo el mundo se han centrado en el tamizaje de las mujeres en situación de riesgo de contraer la enfermedad, empleando las pruebas de Papanicolaou y el tratamiento de las lesiones precancerosas. El procedimiento de tamizaje mediante la prueba de Papanicolaou se desarrolló en los años treinta y se le dio el nombre de su inventor el Dr. George Papanicolaou. Las acciones de tamizaje en cáncer cervicouterino están constituidas fundamentalmente por una herramienta básica llamada citología cervical Sanfillippo (2007).

La citología es un método de diagnóstico que permite el examen microscópico directo de las características de las células, del epitelio del cérvix y del canal endocervical, utilizando una técnica de tinción conocida como técnica de Papanicolaou. Este método permite realizar un diagnóstico citológico de probable lesión cervical, que es emitido por el citotecnólogo o el patólogo; este diagnóstico incluye desde la ausencia de lesión, pasando por los cambios inflamatorios no patológicos y todo el espectro de displasia leve, moderada y severa, el cáncer *in situ* y el cáncer invasor Sanfillippo (2007).

Se entiende que en todo el mundo se ha intentado utilizar métodos de tamizaje en mujeres con probabilidades de desarrollar cáncer cervicouterino analizando además sus factores de riesgo para lo cual se ha hecho uso de pruebas de Papanicolaou y tratamiento de lesiones precancerosas. Comprendiendo que se utiliza un método diagnóstico: la citología cervical misma que ofrece una amplia gama de beneficios pues permite emitir el diagnóstico de una posible lesión cervical realizando una

amplia búsqueda para detectar características anormales en la célula del epitelio del cérvix y del canal endocervical Sanfilippo (2007).

El riesgo que presentan las mujeres al no terminar los métodos diagnósticos como: colposcopias y biopsias dirigidas a confirmar el diagnóstico efectuado en el Papanicolaou es fatal puesto que en ocasiones podemos encontrar muchos falsos positivos que pueden desencadenar la muerte prematura de la paciente al no conocerse portadora del virus y más adelante la probabilidad de desarrollar cáncer cervicouterino Sanfilippo (2007).

Sanfilippo (2007) menciona que la citología cervical consiste en tomar una muestra de las células que se descaman del cuello uterino en la zona de transformación. El objetivo principal de la técnica de Papanicolaou es detectar células con alteraciones que indiquen cambios malignos. La importancia de realizarse la citología (Papanicolaou) radica en detectar de manera temprana lesiones precursoras (displasia leve, moderada o severa) antes de que evolucionen a cáncer, para ser atendidas o para que reciban tratamiento oportuno, de esta forma estaríamos previniendo el desarrollo de casos de cáncer.

El resultado citológico que no supone cambio alguno en las células cervicales es el negativo. Uno de los resultados citológicos más frecuentes es el negativo con proceso inflamatorio, que indica que no existen cambios en las células que sean compatibles con alguna de las lesiones precursoras, sino que muestran respuesta del epitelio a inflamación y a cambios regenerativos completamente normales en mujeres con vida sexual activa Sanfilippo (2007).

Sanfilippo (2007) comenta que actualmente se reportan los resultados de la citología cervical de acuerdo a la clasificación de Bethesda mencionada en la norma oficial para la Prevención, Detección, Diagnóstico, Tratamiento, Control y Vigilancia Epidemiológica del Cáncer Cervicouterino, agrega que existen otros auxiliares de diagnóstico para la detección del cáncer cervicouterino que son procedimientos

técnicos cuya finalidad es coadyuvar en la detección de anomalías de las células o la identificación de lesiones del cuello uterino: visualización cervical con ácido acético, pruebas de Shiller, biología molecular, colposcopia e histopatología.

Se entiende que resulta fundamental la toma de Papanicolaou como medida preventiva para la existencia de células alteradas que predispongan la existencia a una displasia precursoras de cánceres como lo es el cáncer cervicouterino, Castaño (2012) comenta que entre los métodos que se han desarrollado para el diagnóstico de las infecciones por VPH genital destacan:

- 1) Ensayo en base a reacción de polimerasa en cadena (*PCR-based assay*-Amplicor VPH; Roche Diagnostic, Basel, Switzerland), disponible actualmente en Europa. Identifica a 30 genotipos, incluyendo 13 de alto riesgo u oncogénicos Castaño (2012).
- 2) Reacción de polimerasa en cadena y ADN/ARN viral mediante la prueba de captura de híbridos 2 (Hybrid capture® 2-HC2; Digene, Gathesburg, MD, E.U.A.). Prueba rápida en lote (menos de 2 horas) para detectar por lo menos 13 genotipos oncogénicos Castaño (2012).
- 3) El Programa para la Tecnología Apropiaada para la Salud (PATH), en colaboración con Arbor Vita Corporation (E.U.A.), está desarrollando una segunda prueba, una tira de flujo lateral, para la detección de la proteína E6 en los tipos oncogénicos de VPH, en menos de 20 minutos Castaño (2012).

El Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología ha entregado una guía para utilización de estas técnicas y recomendaciones para interpretación de resultados, en conjunto con resultados citopatológicos y tecnología en el diagnóstico celular. El diagnóstico de las verrugas comunes se basa en su presentación clínica, su localización anatómica y su histología. En la mayoría de los casos no es necesaria la identificación del genotipo viral, ya que todos corresponden a tipos de bajo riesgo

o benignos (VPH 11 en papilomatosis laríngea; verrugas vulgares: VPH 2,27 y 57; verrugas planas: 3 y 10; manos y pies: VPH 1) Castaño (2012).

Ninguno de los exámenes disponibles para la detección de genotipos mucosos ha sido aprobada por la Food and Drug Administration, para su utilización en tipos cutáneos. En el caso de estudios de carcinomas cutáneos no melanoma (VPH 5/8), lo ideal es realizar una RPC anidada, con el fin de identificar la presencia de la mayor cantidad de tipos cutáneos Concha (2007).

Se entiende que existen diversos diagnósticos para la detección oportuna del virus del papiloma humano en distintos lugares del mundo. Se ha trabajado en conjunto con resultados citopatológicos y de tecnología en el mismo diagnóstico celular, sin embargo, en la mayoría de los mismos solo es necesario el sustento de los signos objetivos y subjetivos que se presentan, por ejemplo: la localización de las verrugas, características de las mismas, los factores de riesgos asociados, que se confirman en la historia clínica de la paciente para emitir que es portadora Concha (2007).

El riesgo que presentan las mujeres debido a la falta de acercamiento a profesionales, que les orienten sobre las estrategias a seguir cuando se han presentado dichos signos, principalmente en genitales es enorme puesto que originan probabilidades para el desarrollo de cánceres, como el cáncer cervicouterino Concha (2007).

TRATAMIENTO

El tratamiento de las lesiones causadas por VPH depende de la severidad y extensión de la misma. Las lesiones de bajo grado pequeñas son tratadas con crioterapia, mediante esta técnica las células infectadas son destruidas por congelamiento. Cuando las lesiones son extensas, deben ser tratadas con electrocirugía, esta terapia involucra el uso de un asa diatérmica. Las asas

diatérmicas han sido diseñadas para alcanzar una profundidad de corte equivalente al espesor del tejido que puede ser infectado por el VPH Rocha (2012).

Según Rocha (2012) el éxito del tratamiento es muy alto, el tejido cicatriza eficazmente y, al ser una técnica ablativa conservadora, no se compromete la capacidad reproductiva de la paciente tratada. Las lesiones más extensas requieren de un tratamiento más agresivo, para ellas se utiliza la terapia con rayo láser. En esta técnica se emplean aditamentos especialmente diseñados para generar una emisión laser con una capacidad de penetración que solo elimine las células potencialmente infectadas por el VPH, sin dañar tejidos vecinos. La terapia con láser puede utilizarse sola o como un apoyo para la electrocirugía.

La terapia con láser no compromete la capacidad reproductiva de la paciente, por lo que puede, al igual que la criocirugía y la electrocirugía, ser aplicada a pacientes jóvenes. Los efectos secundarios de las técnicas descritas son pocos y totalmente reversibles. Las lesiones cervicales de alto grado deben ser eliminadas por métodos quirúrgicos más agresivos, como el cono cervical. Sin embargo, esto no es aplicable cuando se detecta un cáncer invasor, en este caso la histerectomía (parcial o total dependiendo de las características de la paciente y de su tumor) es la alternativa quirúrgica empleada Rocha (2012).

Los cánceres avanzados, en los cuales la cirugía ya no es aplicable, son tratados con radioterapia y/o quimioterapia. Se entiende que el tratamiento de las lesiones verrugosas producidas por el VPH radican en la extirpación de la lesión, y esto se puede hacer mediante varios métodos, que pueden realizarse en el quirófano ambulatorio, con o sin anestesia local, como son la crio y radio cirugía. Cuando se usa la radiocirugía, es importante el examen de los bordes quirúrgicos, para predecir la remanencia de lesiones, y la recurrencia de la enfermedad Rocha (2012).

PREVENCIÓN

Cerón (2013) comenta que los candidatos para la vacunación son mujeres antes de iniciar la vida sexual y junto con ello, iniciar la exposición a este tipo de infección, el esquema recomendado por el momento es de tres aplicaciones: una al inicio, seguida de otra dos meses después y la última, seis meses después de la primera. La forma para prevenir el VPH en mujeres es con la aplicación de la vacuna. El objetivo final a largo plazo de las vacunas frente al VPH es la prevención del cáncer invasor de cuello de útero. Objetivos asociados son la prevención de los otros cánceres relacionados con el VPH: vulva, vagina, ano, pene y oro faringe.

Sanabria (2009) comenta que las vacunas contra el VPH persiguen tres objetivos:

A CORTO PLAZO. Obtener un impacto apreciable en la disminución de resultados citológicos anómalos y de neoplasias intraepiteliales cervicales de bajo grado.

A MEDIANO PLAZO. Es la prevención de las lesiones precursoras del cáncer del cuello uterinos, de alto grado. También podrían prevenir las neoplasias de vulva y vagina, sobre todo, la tetravalente.

A LARGO PLAZO. Prevención del cáncer invasor del cuello uterino

Cervarix: Vacuna bivalente que incluye VLP de los tipos 16 (20 mg) y 18 (20 mg) expresadas en Báculo virus que utiliza células Hi-5 Rix4446 derivadas de Trichoplusia ni. Utiliza como adyuvante AS04, una formulación compuesta por hidróxido de aluminio y MPL (3-O-desacil-4'-monofosforil lípido A) un lipopolisacárido desintoxicado obtenido de Salmonella Minnesota Sanabria (2009).

Gardasil: Vacuna tetravalente que incluye VLP de los tipos 6 (20 mg), 11 (40 mg), 16 (40 mg) y 18 (20 mg) expresadas en células de levadura *Saccharomyces cerevisiae* CANADE 3C-5 (Cepa 1895). Utiliza como adyuvante hidroxifosfato sulfato de aluminio amorfo Sanabria (2009).

Sananbria (2009) comenta que la eficacia de estas vacunas se midió mediante la infección persistente y el CIN 2/3 histológicamente documentado y la misma está en el rango del 95-100 %. Las vacunas pueden tener plazo para la inhibición del virus para no desarrollar rápidamente cáncer cervical o algunas lesiones en el cuello uterino las vacunas son Gardasil esta es tetravalente y Cervarix que es bivalente las cuales son eficaces.

1.4 CONCEPTOS

Para comprender mejor el VPH es importante analizar los siguientes términos conceptos:

Biología Molecular: Parte de la biología que trata de los fenómenos biológicos a nivel molecular. En sentido restringido comprende la interpretación de dichos fenómenos sobre la base de la participación de las proteínas y ácidos nucleicos Jáuregui (2006).

Citología cervical: Estudio que se realiza mediante la observación y análisis de una muestra de células del endocérvix y exocérvix a través de un microscopio, para determinar cambios o alteraciones en la anatomía y fisiología de las células. También conocida como Prueba de Papanicolaou Jáuregui (2006).

Carcinogénesis: Es el proceso por el cual una célula normal se transforma en una célula cancerígena e involucra múltiples pasos, los cuales reflejan las alteraciones genéticas que conducen a la transformación progresiva del tejido normal hacia estados malignos Jáuregui (2006).

Cáncer: Tumor maligno originado por la pérdida de control del crecimiento de las células, que puede invadir estructuras adyacentes o propagarse a sitios alejados y tener como resultado la muerte Jáuregui (2006).

Cáncer cervicouterino: Tumoración maligna que se presenta en el cuello de la matriz Jáuregui (2006).

Coliicitosis: Células del epitelio cervical con un halo perinuclear típico secundario a la infección por el virus del papiloma humano (VPH) Instituto Bernabeu (2013).

Colposcopia: Procedimiento exploratorio instrumentado estereoscópico, en el que se emplea un aparato con sistemas ópticos de aumento, a través del cual se puede observar el tracto genital inferior y ano, visualizándose las condiciones de su epitelio y al cual se le pueden aplicar distintas sustancias como solución fisiológica, ácido acético diluido, yodo u otras con fines de orientación diagnóstica Sanfilippo (2007).

Condiloma: Enfermedad vírica de la piel que consiste en el crecimiento de una verruga blanda en los genitales o en la región anal. Son producidos por el virus del papiloma humano VPH. Algunos tipos de condiloma se relacionan con afecciones pre-malignas en el cuello uterino de la mujer, sobre todo si se presentan junto al herpes Díaz (2013).

Factor de riesgo: Condición particular que incrementa la posibilidad de desarrollar una patología Sanfilippo (2007).

Neoplasia cervical Intraepitelial (NIC): Es un crecimiento anormal y pre-canceroso de células escamosas en el cuello uterino Sanfilippo (2007).

Pruebas biomoleculares (Captura de Híbridos y RPC): Métodos de diagnóstico por laboratorio, para la detección del genoma de agentes infecciosos como el virus del papiloma Sanfilippo (2007).

RPC: (Reacción de la Polimerasa en Cadena): Prueba biomolecular en la que el DNA blanco se amplifica selectivamente por medios enzimáticos, a través de ciclos

repetidos de desnaturalización, hibridación del fragmento precursor y extensión de éste Sanfilippo (2007).

Tamizaje: Prueba de detección masiva realizada de manera intencionada con el objeto de identificar oportunamente individuos con una enfermedad o trastorno de salud específico Sanfilippo (2007).

Virus: Son parásitos intracelulares obligados que necesitan de una célula huésped para completar su ciclo de vida, y dentro de esta relación, las células han desarrollado estrategias para controlar la replicación viral, y a su vez los virus han desarrollado mecanismos para evadir la respuesta antiviral de la célula infectada Álvarez (2012).

Virus del papiloma humano: Microorganismos pertenecientes a la familia de los Papillomaviridae, infectan la piel y las mucosas pudiendo producir tumores epiteliales benignos o malignos, varían en su tropismo tisular, su asociación con distintas lesiones y su potencial oncogénico Sanfilippo (2007).

Verrugas humanas: Lesión cutánea exótica de superficie rugosa. Puede tratarse con ácido salicílico, cantaridina, electro desecación, dióxido de carbono y nitrógeno líquido. Causado por un papovirus contagioso común Ferrá (2011).

CAPÍTULO II

LA MUJER INFECTADA CON VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO

2.1 DEFINICIÓN DE MUJER INFECTADA CON VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO

Jáuregui (2006) comenta que una mujer infectada con virus del papiloma humano es aquella con enfermedad manifiesta o portadora que alberga el agente infeccioso. Se entiende que una mujer infectada es la persona que alberga en su cuerpo un agente infeccioso causante de una enfermedad por tal motivo podemos definir que la mujer infectada con VPH es aquella persona portadora que en su cuerpo alberga el virus del papiloma humano.

2.2 CONCEPTOS

Etapa reproductiva: Está comprendida desde el inicio de la pubertad hasta la menopausia, y marca la etapa de producción del estrógeno (hormona femenina), que es el factor más importante para el desarrollo del mecanismo de defensa vaginal, basado en la acidez vaginal Temache (2014).

Sexualidad: Suma de atributos físicos, funcionales y psicológicos que se expresan por la identidad y conducta sexual de un sujeto en relación o no con los objetos sexuales o con la procreación Burgos (1997).

2.3 INICIO DE VIDA SEXUAL ACTIVA

Adolescencia según la OMS es el período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socioeconómica. Sus límites han sido fijados entre los 10 y 19 años.

A la adolescencia se la puede dividir en tres etapas, con características diferentes y a su vez con formas distintas de enfrentar la sexualidad y un embarazo:

1. Adolescencia temprana (10 a 14 años)
2. Adolescencia media (15 a 16 años)
3. Adolescencia tardía (17 a 19 años)

La primera relación sexual cada vez ocurre en estadios de la vida más tempranos y mientras más precoz ocurre el primer coito, mayor es el número de parejas sexuales que tienen esas personas y por lo tanto los riesgos se multiplican (embarazos, ETS). Las estadísticas nos muestran que el inicio de la actividad sexual (AS) ocurre alrededor de los 16 años, con un creciente índice de embarazos en adolescentes y la presencia de SIDA en personas jóvenes. El embarazo no planeado en esta etapa de la vida, se asocia con el inicio temprano de relaciones sexuales y el uso inconsistente de métodos anticonceptivos, incluyendo el condón **Mendoza** (2012).

En la adolescencia se inicia la vida sexual activa la cual se divide en tres: adolescencia temprana de 10 a 14 años; adolescencia media de 15 a 16 años y adolescencia tardía de 17 a 19 años de edad. Inicio de la vida Sexual Activa: se le llama vida sexual activa cuando mantienes relaciones sexuales, no importa cada cuando lo hagas ni cuantas veces. Se refiere simplemente al hecho de comenzar a tener relaciones sexuales. La vida sexual activa se refiere a tener relaciones sexuales con frecuencia su inicio puede ser en la adolescencia y puede continuar a lo largo de las etapas de la vida **García** (2006).

2.4 FACTORES DE RIESGO

Se han encontrado factores de riesgo asociados al VPH que facilitan su evolución hacia el cáncer cervicouterino: conducta sexual, consumo de tabaco, embarazos múltiples, supresión del sistema inmunológico, uso prolongado de anticonceptivos

y desnutrición. La conducta sexual se considera como el principal factor de riesgo. Las investigaciones indican que el inicio precoz de las relaciones sexuales (antes de los 20 años) tiene un factor de riesgo 2.9 veces mayor, y que tener varias parejas sexuales aumenta ese riesgo 2.2 veces. El VPH cervical o vulvar fue determinado entre 17 y 21% de las mujeres con una pareja sexual, pero se elevó a 69-83% en mujeres que tenían cinco o más parejas sexuales Melo (2009).

Melo (2009) comenta que la promiscuidad sexual del hombre constituye factor de riesgo pues en sus múltiples contactos sexuales se contagia y trasmite el virus a su pareja. El hábito de fumar, se relaciona con displasia cervical, posiblemente por la acción tóxica sobre el cuello uterino de los ingredientes del humo inhalado durante la quema del cigarrillo. Estos agentes químicos pueden concentrarse en las secreciones genitales masculinas, acelerando la aparición de lesiones genitales y su evolución hacia el cáncer. Determinadas carencias nutricionales favorecen la aparición de la displasia cervical por la infección de VPH.

Hay factores genéticos o enfermedades como el sida, uso de medicamentos o consumo de drogas que provocan la disminución del sistema inmunológico y predisponen al desarrollo del cáncer ano genital y del cuello uterino cuando ocurre una infección por VPH. El uso prolongado de anticonceptivos se vincula también con la persistencia de infecciones provocadas por el VPH. Algunos estudios estiman que las mujeres que utilizan anticonceptivos orales por más de cinco años duplican el riesgo de contraer cáncer cervicouterino Melo (2009).

Melo (2009) comenta que una dieta baja en antioxidantes, ácido fólico y vitamina C favorece la persistencia de la infección y la evolución de las lesiones intraepiteliales cervicales de primero, segundo y tercer grado, y del cáncer cervicouterino inclusive. Se entiende que existen diversos factores de riesgo para desarrollar el virus de papiloma humano y que permiten la evolución a un posible cáncer cervicouterino entre los que se encuentran: conducta sexual este factor de riesgo despunta como

factor de riesgo pues aquí debe considerarse el inicio a la vida sexual activa además de las múltiples parejas sexuales.

Se comprende además que existen universos de población con más altos índices de ser portadoras de dicho virus como lo son las prostitutas, además que como trasfondo del virus del papiloma se encuentra la promiscuidad que llega a tener el hombre para contagiarse y posteriormente transmitir el virus a sus parejas. Los factores de riesgos que involucran a las mujeres no solo incluyen las múltiples parejas sexuales, sino que además se encuentran otros como uso de anticonceptivos orales, el hábito de fumar, dieta baja en antioxidantes, ácido fólico y vitamina C Melo (2009).

El riesgo que presentan las mujeres que ya cuentan con otra patología de base y que además son portadoras del virus del papiloma humano es inminente puesto que si se contrae alguna infección por el mismo virus dado que su sistema inmune se encuentra debilitado tienden a contar con mayores probabilidades de desarrollar cáncer cervicouterino y con esto aumentando su dolor, sienta miedo, desesperanza. Por lo tanto, el apoyo que reciba por parte de sus familiares es fundamental, aunado con los cuidados que reciba por parte del personal de Enfermería para establecer planes de cuidado para la prevención del mismo Melo (2009).

CAPÍTULO III

PERCEPCIÓN EN MUJERES INFECTADAS

3.1 HISTORIA

Un obstáculo principal es la falta de conocimiento y consciencia sobre la enfermedad. Si una mujer nunca recibió educación acerca del tema y no sabe lo que es una infección de VPH, el riesgo de desarrollar cáncer cervicouterino, o para qué sirve un examen de Papanicolaou, es altamente probable que nunca se lo vaya a hacer. Sin embargo, una mujer puede conocer el virus y el cáncer, pero tener baja percepción de riesgo personal porque no tiene consciencia suficiente para entenderlo como una amenaza. Sin consciencia del riesgo, la mujer podría no considerar un examen de detección necesario Picón (2009).

Según Picón (2009) la falta de conocimiento y/o consciencia es debida ante todo a la falta de educación apropiada. Sin embargo, no puede ser la única explicación de baja participación en programas de detección, porque hay muchas mujeres que saben bien lo que es el Papanicolaou, pero aún no se lo hacen. Estudios intentando encontrar explicaciones de porqué existe una falta de voluntad para hacerse el Papanicolaou han encontrado varios factores socio-culturales que influyen la participación de mujeres

Se basan en la asociación cercana entre VPH, el Papanicolaou, y temas sexuales. Como las infecciones de transmisión sexual (ITS), una infección de VPH implica ciertas prácticas sexuales, sobre todo promiscuidad, que puede ser difícil de admitir o discutir abiertamente. También, para hacer un examen de Papanicolaou el médico necesita ver y tocar los genitales de la mujer, un proceso que agrava la asociación entre el examen y prácticas sexuales. Otros factores con papeles importantes son la perspectiva de género y la relación con el proveedor Picón (2009).

Picón (2009) comenta que ha sido mostrado que tener buena comunicación con un proveedor estable, mejora el conocimiento de las mujeres acerca del Papanicolaou y la probabilidad de que ellas regresen a hacerse el examen con regularidad; no tener buenas relaciones con su proveedor tendrá el efecto opuesto. La existencia de VPH no es tan conocida como la del cáncer cervicouterino, y muchas mujeres están bajo la impresión de que el Papanicolaou es para la pesquisa de cáncer cervicouterino ya completamente desarrollada.

Poco conocimiento de infecciones de VPH, cáncer cervicouterino, y su tratamiento empeora la percepción y aumenta el temor que las mujeres tienen del Papanicolaou. La posibilidad de contagio por transmisión sexual genera conflictos en la esfera biopsicosocial que repercuten en la vida cotidiana de las mujeres y en el seguimiento de los programas dirigidos a la prevención y diagnóstico temprano del cáncer de cuello uterino, y el propio de las enfermedades de transmisión sexual Picón (2009).

Da Silva Marques (2005) realizó una investigación con la finalidad de conocer la percepción de un grupo de mujeres acerca del hecho de ser portadoras del VPH y de acuerdo a sus resultados obtenidos menciona que: “El significado de ser portadora del VPH se reveló a través de las siguientes unidades de registro”:

- Sentimientos de decepción y preocupación por la curación. En la atribución de significado revelada por las mujeres, la decepción y la preocupación por el diagnóstico y la espera de la curación quedó de manifiesto en las descripciones. Durante las entrevistas se percibió alteración emocional; las mujeres tuvieron distintas reacciones con lenguaje no verbal, como: “lamentación en la voz” y “ojos llorosos”. Se denominó lamentación en la voz al llanto contenido de la mujer y ojos llorosos a los ojos llenos de lágrimas Da Silva Marques (2005).

La opción del tratamiento prescrito la mayor parte de las veces tomó en cuenta la morfología de las lesiones, la intensidad del cuadro clínico y la inmunidad de

la paciente. Las pacientes revelaron que: “Estoy preocupada, lo que más quiero es curarme, nunca he tenido ningún problema”. “Ahora quiero tratarme y reflexionar sobre algunas actitudes que he tomado en mi vida” Da Silva Marques (2005).

- Miedo a las relaciones sexuales. El miedo de las mujeres a seguir teniendo relaciones sexuales después de haber sido infectadas por VPH se hizo presente, “No tendré más relaciones..., porque tengo miedo” “Sólo he tenido dos relaciones, pero ya no quiero tener otras” Da Silva Marques (2005).
- Es necesario cuidarse a sí misma. El cuerpo requiere cuidados, incluido el del descanso. El cuidado solicita una sintonía del cuerpo con el contexto en que está inmerso con los sentimientos. Las descripciones siguientes muestran ese sentimiento: “Ahora tengo que cuidarme”. “Está bien... las cosas aparecen y tenemos que tener cuidado” Da Silva Marques (2005).
- Riesgo de cáncer de cuello uterino. Una de las mujeres participantes en el estudio se refirió a su preocupación por el VPH debido a su relación con la posibilidad de cáncer de cuello uterino: “Me preocupo porque el médico me ha dicho que ese virus puede causar cáncer en el cuello del útero; por eso necesito tratarlo” Da Silva Marques (2005).

Por esa estrecha relación entre el VPH y las neoplasias intraepitelial cervical y de cuello uterino se justifica el miedo que surge luego del diagnóstico de la lesión. Puesto que el VPH es una enfermedad sexualmente transmisible, las mujeres manifestaron sentimientos unidos a la relación sexual coital vivida por ellas Da Silva Marques (2005). Se entiende que la historia de la percepción de las mujeres infectadas con el virus del papiloma humano tiene como trasfondo diversas razones que permitieron convertirse actualmente en portadoras del mismo como, por ejemplo: la falta de conocimiento sobre el tema.

Da Silva Marques (2005) menciona que la falta de información sobre el virus, métodos de prevención, tratamiento y diagnóstico del antes mencionado, por otra parte, otro sector pudo haber conocido rasgos sobre el tema sin embargo nunca se preocupó por conocer más a fondo. Se comprende además que existieron otros motivos detrás de la historia de estas mujeres como, por ejemplo: la influencia de factores socioculturales: considerando la ideología acerca de que no era correcto que quien realizara estudios diagnósticos fuera un hombre puesto que este vería y tocaría sus genitales.

Se entiende que cuando la mujer se conoce portadora llega a expresar comentarios y sentimientos que manifiestan cambio de conducta en sus vidas y nueva percepción en relación a temas que antes ignoraron o consideraron poco importantes. Las mujeres manifiestan preocupación por el virus experimentando desilusión por su estado y comienzan a desarrollar actividades para su bienestar, considerando que si las realizan no tendrán riesgo de empeorar su situación destacándose la asistencia a consultas médicas, tratamiento de prevención para cáncer cervicouterino manifestando cambio de actitudes que llegaron a tener en el pasado pues ahora solo viven bajo la idea de curarse Da Silva Marques (2005).

Las mujeres ahora portadoras del VPH tienden a manifestar miedo a las relaciones sexuales coitales por lo que es papel fundamental del área de Enfermería establecer planes de cuidado, proporcionar información acerca del desarrollo de prácticas sexuales coitales seguras, aclarar dudas sobre el tratamiento y prevención de las mujeres portadoras del virus del papiloma humano Da Silva Marques (2005).

3.2 ANTECEDENTES

La percepción, nació en Alemania con el movimiento Gestalt bajo la autoría de los investigadores Wertheimer, Koffka y Köhler, durante las primeras décadas del siglo XX. Estos autores consideran la percepción como el proceso fundamental de la actividad mental, y suponen que las demás actividades psicológicas como el

aprendizaje, la memoria, el pensamiento, entre otros, dependen del adecuado funcionamiento del proceso de organización perceptual. El contexto histórico dentro del cual se desarrollan sus estudios tiene un importante significado para la comprensión de sus aportes Quintanas (2016).

Leonardo (2004) menciona que en los comienzos del siglo XX la fisiología había alcanzado un lugar importante dentro de la explicación psicológica. Suponía que todo hecho psíquico se encontraba precedido y acompañado por un determinado tipo de actividad orgánica. La percepción era entendida como el resultado de procesos corporales como la actividad sensorial. La Gestalt realizó una revolución en psicología al plantear la percepción como el proceso inicial de la actividad mental y no un derivado cerebral de estados sensoriales.

Su teoría, arraigada en la tradición filosófica de Kant (Wertheimer en Carterette y Friedman, 1982), consideró la percepción como un estado subjetivo, a través del cual se realiza una abstracción del mundo externo o de hechos relevantes. La Gestalt definió la percepción como una tendencia al orden mental. Inicialmente, la percepción determina la entrada de información y, en segundo lugar, garantiza que la información retomada del ambiente permita la formación de abstracciones (juicios, categorías, conceptos Leonardo (2004).

Las percepciones de las mujeres acerca del Papanicolaou son que les inhibía la vergüenza que asociaban con el examen, que tenían miedo por el dolor y porque no sabían bien lo que sucede durante el examen y el elemento desconocido les da temor y otras muchas mujeres no se realizan la prueba del Papanicolaou porque no se sienten en riesgo Picón (2009). Se entiende que la percepción de las mujeres acerca del conocimiento del virus del papiloma humano es diversa, es una situación en la que Enfermería debe poner mayor énfasis en la educación de estos temas a través de charlas a mujeres con y sin la infección para que su percepción se modifique a través de conocimientos nuevos y verídicos para así evitar la prevalencia de esta infección.

3.3 DEFINICIÓN DE PERCEPCIÓN

Proceso cognitivo de la conciencia que consiste en el reconocimiento de interpretación y significación para la elaboración de juicios entorno a las sensaciones obtenidas del ambiente físico y social, en el que intervienen otros procesos psíquicos entre los que se encuentran el aprendizaje la memoria y la simbolización Vargas (1994).

Considerando otros autores para la psicología clásica Neisser en 1953 postula que la percepción es un proceso activo- constructivo en el que el perceptor, antes de procesar la nueva información y con los datos archivados en su conciencia construye un esquema informativo anticipatorio, que le permite contrastar el estímulo y aceptarlo o rechazarlo según se adecue o no a lo propuesto por el esquema. Se apoya de la existencia del aprendizaje Martínez (2003).

Según Barbosa (2013) La percepción en una mujer infectada con VPH es el rol que percibe ella acerca de su feminidad se refiere a la capacidad que tienen las mujeres para tomar decisiones autónomas. El virus del papiloma humano es percibido como un evento estresante que llega al individuo de manera inesperada. La percepción de la mujer que está infectada con VPH es que ellas se cuestionan porque les dio el VPH les vienen muchas cosas a la mente si se van a mejorar con el tratamiento o se puede complicar ellas no están seguras si realmente se recuperaran es muy estresante para ellas.

3.4 CONCEPTOS

Para enfatizar acerca de la percepción de las mujeres infectadas con VPH es importante analizar los siguientes términos, conceptos:

Percepción: Deriva del término latino *perceptivo* y describe tanto a la **acción como a la consecuencia de percibir** (es decir, de tener la capacidad para recibir mediante los sentidos las imágenes, impresiones o **sensaciones** externas, o comprender y conocer algo) Pérez (2012).

Sexualidad: La sexualidad es un universo complejo en el cual intervienen aspectos tanto biológicos, como psicológicos y sociales. La sexualidad engloba una serie de condiciones culturales, sociales, anatómicas, fisiológicas, emocionales, afectivas y de conducta, relacionadas con el sexo que caracterizan de manera decisiva al ser humano en todas las fases de su desarrollo Vesga (2016).

Infección: En la utilización clínica del término infección, el organismo colonizador es perjudicial para el funcionamiento normal y supervivencia del huésped, por lo que se califica al microorganismo como patógeno, causante de la infección Pérez (2012).

Sentimientos: Estado de ánimo que se relaciona con la toma de consciencia de una emoción. Los sentimientos implican subjetividad, son vividos como estados del yo. Es un estado del ánimo que se produce por causas que lo impresionan, y éstas pueden ser alegres y felices, o dolorosas y tristes. El sentimiento surge como resultado de una **emoción** que permite que el sujeto sea consciente de su estado anímico Pérez (2012).

Creencia: Es un estado mental dotado de un contenido representacional y, en su caso, semántico o proposicional y, por tanto, susceptible de ser verdadero o falso; y que, además, dada su conexión con otros estados mentales y otros de contenidos proposicionales, es causalmente relevante o eficaz respecto de los deseos, las acciones y otras creencias del sujeto. Él firme asentimiento y conformidad con algo. La creencia es la idea que se considera verdadera y a la que se da completa certeza Defez (2005).

Miedos: La palabra miedo se origina en la latina “metus”, y es un estado emocional primario, normal y desagradable, provocado por un agente real o imaginario, que causa ansiedad, por la incertidumbre de perder algo, o sufrir un daño físico o emocional, o de que ocurra algo contrario a lo esperado Pérez (2012).

Mecanismos de defensa: Son mecanismos inconscientes que se encargan de minimizar las consecuencias de un evento demasiado intenso para que el individuo pueda seguir funcionando normalmente Pérez (2012).

3.5 SENTIMIENTOS, MIEDOS Y CREENCIAS

Concha (2012) comenta que a pesar que la infección por VPH está ampliamente difundida en el mundo, es una infección aún desconocida por parte de la población en riesgo, lo que, asociado a diversos factores culturales, favorecen el desarrollo de creencias que dificultan su prevención y diagnóstico precoz. Las creencias se han interpretado como falta de conocimiento que interfiere en las conductas preventivas y, por lo tanto, en la toma informada de decisión en salud. La educación en salud debe considerar aspectos cognitivos sociales y culturales de acuerdo a una determinada sociedad.

Emergen modelos sociales relacionados al comportamiento y la salud como es el modelo de creencias en salud. Describe la influencia de las creencias en las conductas en salud y como ellas determinan la ejecución de dichas conductas. Producto de la presencia de los siguientes componentes: la percepción de que se es susceptible de sufrir una determinada enfermedad, la ocurrencia de la enfermedad puede tener una severidad moderada en su vida y al tomar la decisión de ejecutar una acción puede ser beneficioso reduciendo la susceptibilidad o la severidad del riesgo, superando o representando mayor importancia que las barreras psicológicas acerca de costos, conveniencia y dolor entre otros Concha (2012).

Según Concha (2012) menciona que un componente importante también a considerar es la "señal" que permite movilizar al sujeto a realizar una acción preventiva. Las creencias, al igual que otros elementos de la cultura, se desarrollan por medio de complejos procesos mediante los cuales, el conocimiento puede ser creado y modificado bajo la influencia de hechos, acontecimientos y experiencias de las personas.

Se entiende que falta mucho por trabajar en diversos programas de salud referidos a la prevención y diagnóstico oportuno del virus del papiloma humano que permitan el empoderamiento de las mujeres a los mismos particularmente de los países en vías de desarrollo considerando para esa promoción de la salud distintas esferas: cognitiva, social y cultural por lo que se infiere que cada grupo de población es distinto y por ende su actuar a la salud también lo es y entonces así surgen las creencias en salud que remiten el comportamiento de cada mujer perteneciente a un grupo Concha (2012).

Frente a la probabilidad de presentar una enfermedad es decir que considere que a ella nunca le ocurrirá nada y si ocurriera se trataría de una situación transitoria por el otro lado mujeres que consideren la salud como prioridad porque les generará un beneficio haciendo a un lado costo y tabús a los que pudieran enfrentarse. Concha (2012) menciona que al consultar en el Diccionario de La Real Academia de la Lengua Española se define creencias como: Firme asentimiento y conformidad con algo y si se consulta por el término creer lo define como el completo crédito que se presta a un hecho o noticia como seguros o ciertos.

Se entiende que las personas actúan alineadas a sus creencias aprendidas en contexto cultural determinado y descartando cualquier otra alternativa de cuidado en salud que no coincida con dichas creencias, se actúa a razón de lo aprendido y de sus experiencias en sociedad, formando una ideología, misma que considera como verdadera aun cuando esa ideología no sea certera y vinculando esto con la prevención del VPH aun cuando exista la promoción de la prevención y diagnóstico

oportuno del mismo las mujeres tienden a considerar dicha promoción como innecesaria puesto que no lo consideran como parte de sus creencias Concha (2012).

Concha 2012) menciona que respecto a la susceptibilidad de contraer el virus del papiloma humano: "Si se considera que las personas no se perciben en riesgo de enfermar o adquirir una infección, sería importante intervenir desde este punto de vista al grupo de riesgo, haciéndolas conscientes que sus conductas de riesgo las exponen a altas probabilidades de contraer la infección por VPH". Respecto a estoicismo, negación y fatalismo y cáncer cervicouterino: "El estoicismo/familismo se describe en términos de la preocupación de las mujeres por la familia y por otras personas significativas para ella. De cómo son capaces de postergar su cuidado para no descuidar el cuidado y bienestar de su familia".

El estoicismo también se expresa en términos de soportar cualquier enfermedad que puedan padecer, que puedan aguantar, soportar el dolor, en otras palabras, es una enfermedad para "mujeres estoicas" que pueden postergarse por otros. Si bien este estoicismo/familismo, puede ser considerado como barrera para un diagnóstico precoz, tratamiento oportuno y seguimiento eficiente, puede convertirse en una muy buena herramienta que permita a las mujeres tener una mayor adherencia al control y seguimiento de la enfermedad, además de permitir a la familia la oportunidad de participar y apoyar en la toma de decisión en salud Concha (2012).

El fatalismo se ve reflejado al considerar al VPH como el agente etiológico del cáncer cervicouterino (CC) y lo que esto conlleva. Desde este punto de vista, se tiende a creer que el cáncer es una enfermedad inevitable que esta predeterminada y que una vez diagnosticada es incurable por lo tanto "*sin posibilidad de hacer algo*". Las creencias fatalistas son determinadas o agravadas por factores estructurales en las cuales se incluyen el racismo, las dificultades económicas, y la inaccesibilidad a la atención de la salud Concha (2012).

Concha (2012) menciona que otra área de las creencias relacionadas al VPH y al CC es la negación o la susceptibilidad de estar en riesgo de contraer el VPH, de enfermar de CC o de requerir de una muestra citología de Papanicolaou (PAP). Para sentirse en situación de riesgo, la mujer debe percibir algún síntoma de la enfermedad, algunas necesitan sentir algo diferente que les sugiera que están en riesgo de enfermar o que están enfermas.

La literatura también expresa la negación frente al diagnóstico de infección por VPH en cuanto a ser portadores del VPH, ninguno de los dos, mujer/hombre, quiere ser portador de la infección del VPH, los hombres niegan cualquier tipo de infección, o la posibilidad de transmitir la enfermedad, dejando traslucir otro elemento cultural por parte de los hombres "el machismo". El cual se transforma en una barrera al momento de diagnosticar la infección y prevenir su contagio, por otra parte, la vergüenza es el sentimiento frente a la confirmación diagnóstica de infección por VPH Concha (2012).

Se entiende que aún existen diversas barreras para que pueda llegar la información acerca de prevención y promoción del diagnóstico oportuno del virus del papiloma humano por ejemplo aún falta concientizar a las mujeres de que el virus es un padecimiento real además de la existencia de diversos factores de riesgo que les atañen Concha (2012).

Según Concha (2012) las creencias de las mujeres tienen como trasfondo el miedo, miedo de que sea algo "malo", de que si se encontrara un resultado poco favorable descuiden a su familia y por tal motivo no acuden a revisiones. Las mujeres tienden a imaginar que una vez que se es portadora del virus del papiloma humano no existe marcha atrás y más aún si se habla de cáncer pues el cáncer "mata". Comprendiendo por otra parte que en las mujeres existe la negación manifestando que ellas no están enfermas o que no les ocurre nada y por mal motivo no acuden a exámenes de Papanicolaou.

El riesgo que presentan las mujeres al no realizarse exámenes diagnósticos es muy alto pues en la mayoría de los casos acuden cuando el padecimiento está avanzado es decir cuando ya se perciben en riesgo. El riesgo a desarrollar cáncer cervicouterino en este tipo de mujeres es aún más alto dado que desde tiempo atrás conocen sus signos y síntomas, sin embargo, han vivido escondiéndolos además de por los puntos antes señalados por manifestar vergüenza o rechazo ante la sociedad por lo tanto le compete al personal de Enfermería reeducar, establecer planes de cuidado y vigilancia en este tipo de pacientes Concha (2012).

CAPÍTULO IV

LA VALIDEZ POR CONSTRUCTO, ENTREVISTA A PROFUNDIDAD Y REPRESENTACIONES SOCIALES DENTRO DE LA INVESTIGACION CUALITATIVA

4.1 VALIDEZ POR CONSTRUCTO

Pérez (2000) comenta que Díaz postuló a la validez por constructo como la más importante sobre todo desde una perspectiva científica y se refiere *al grado en que una medición se relaciona consistentemente con otras mediciones* de acuerdo con hipótesis derivadas teóricamente y que conciernen a los conceptos (o constructos) y que están siendo medidos. En la validez por constructo se enlazan o vinculan determinadas características o rasgos del hecho, fenómeno, sujeto de estudio de acuerdo con probables soluciones o afirmaciones previamente planteadas y que corresponden a las variables que están siendo medidas.

Silva (2006) comenta que la validez del constructo incluye tres etapas:

- 1) Establece y especifica la relación teórica entre los conceptos (sobre la base del marco teórico).
- 2) Correlaciona ambos conceptos y se analiza cuidadosamente la correlación.
- 3) Interpreta la evidencia empírica de acuerdo a que tanto clarifica la validez de constructo de una medición en particular.

Silva (2006) comenta que Clark Carter postuló que la validación por constructo corrige los errores o limitaciones de las aproximaciones anteriores. La validez de constructo implica que hicimos explícito el constructo. Con lo anterior se comprende que la validación por constructo también permitirá discernir fallas o aproximaciones antes generadas.

Escobar (2008) comenta que Groth-Marnat postuló que la validez de constructo no depende de la planeación de una medida externa ni se centra solamente en el juicio subjetivo. Se deduce que la validez por constructo no se basa en afirmaciones o suposiciones externas por el contrario está enfocada en juicios objetivos y además propuso tres pasos fundamentales para asegurar la validez del constructo:

- 1) El investigador debe asegurarse de conocer teóricamente el constructo, realizar una búsqueda exhaustiva o representativa de la literatura más reciente, además, debe asegurarse de reconocer la orientación teórica del constructo, si responde a alguna teoría o posición teórica particular Escobar (2008).
- 2) Debe reconocer las relaciones o posibles relaciones con otros constructos o variables psicológicas Escobar (2008).
- 3) Realizar hipótesis acerca del constructo y probarlas de manera empírica. Se infiere que existen tres pasos fundamentales para asegurar la validez del constructo y estos son: 1.- El investigador debe ser un experto en el constructo, debe documentarse con una amplia gama de bibliografía actual, reconocer características del constructo como por ejemplo orientación si se relaciona con alguna teoría. 2.- Examinar la relación con otros constructos 3.- Crear posibles soluciones acerca del constructo y ser probadas Escobar (2008).

Por otra parte Escobar (2008) menciona que Anguera postuló que la validez semántica, es referida al reconocimiento del contexto en la construcción de significaciones para lo cual se debe obtener la mayor cantidad de información posible acerca de éste para una correcta comprensión. Se debe detallar la forma en que se consiguió la información, así como su interpretación. Es adecuado plantear la investigación como un camino de constante resolución de problemas y toma de decisiones.

Se entiende que la validez semántica requiere del entorno para creación de significaciones, considerando las significaciones como el sentido o significado de una palabra o frase previamente establecido dentro de un grupo de personas. Es así que para la interpretación de la misma se debe hacer notar la forma en la cual esta se desarrolló Escobar (2008).

4.2 ENTREVISTAS CUALITATIVAS

Robles (2011) las entrevistas cualitativas son reiterados encuentros cara a cara entre el investigador y los informantes, encuentros estos dirigidos hacia la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto de sus vidas, experiencias o situaciones, tal como lo expresen sus propias palabras. Las entrevistas en profundidad siguen el modelo de una conversación entre iguales y no de un intercambio formal de preguntas y respuestas.

Lejos de asemejarse a un robot recolector de datos, el propio investigador es el instrumento de la investigación y no lo es un protocolo o formato de entrevista. El rol implica no solo obtener respuestas, sino también aprender que preguntas hacer y cómo hacerlas. Se entiende que las entrevistas a profundidad permiten establecer una conversación entre el investigador y el sujeto de estudio, permiten conocer experiencias o situaciones del sujeto a investigar Robles (2011).

La información obtenida por medio de las entrevistas a profundidad resulta más valiosa, flexible y dinámica puesto que para realizarla el investigador debe aprender entre ensayo y error como plantear las preguntas a fin de obtener las respuestas que sustenten su investigación evitando así que el investigador se convierta solo en un recolector de datos Robles (2011).

Robles (2011) menciona que Taylor en 1987 postuló que las entrevistas en profundidad tienen mucho en común con la observación participante. Del mismo modo que los observadores, el entrevistador "avanza lentamente". Trata de

establecer *empatía* con los informantes, formula inicialmente preguntas no directivas y aprende lo que es importante para los informantes antes de enfocar los intereses de la investigación.

Se entiende que previo el desarrollo de las entrevistas a profundidad se requiere establecer empatía que más adelante permita establecer el vínculo de confianza y en el intercambio de emociones entre el entrevistador y el sujeto a estudiar, a fin de conocer los intereses o características del sujeto de la investigación, para ello se sugiere no iniciar dentro de los primeros minutos de la entrevista a profundidad con preguntas directas al tema de investigación Robles (2011).

Taylor (1987) menciona que el sello auténtico de las entrevistas cualitativas en profundidad es el aprendizaje sobre lo que es importante en la mente de los informantes: sus significados, perspectivas y definiciones, el modo en que ellos ven y experimentan el mundo. Se infiere que el investigador después de establecer confianza y empatía con el sujeto debe seguir cuestionándole respecto a hechos relevantes para posteriormente continuar con las preguntas que permitan dirigirse al objetivo general de la investigación.

Taylor (1987) menciona probablemente el mejor modo de iniciar las entrevistas con informantes consista en pedirles que describan, enumeren o bosquejen acontecimientos, experiencias, lugares o personas de sus vidas. Prácticamente en todas las entrevistas uno puede presentar una lista de preguntas descriptivas que les permitirán a las personas hablar sobre lo que ellos consideran importante, sin estructurarles las respuestas.

Se infiere que previo al inicio de la entrevista cualitativa y del planteamiento de las preguntas directas es recomendable pedir al sujeto mencione generalidades acerca de su vida afín de conocer más datos del mismo, por ejemplo: nombre, edad, ocupación, estado civil, religión Taylor (1987).

Taylor (1978) menciona en la entrevista cualitativa, el investigador intenta construir una situación que se asemeje a aquellas en las que las personas hablan naturalmente entre sí sobre cosas importantes. La entrevista es relajada y su tono es el de una conversación, pues así es como las personas interactúan normalmente. El entrevistador se relaciona con los informantes en un nivel personal. Las relaciones que se desarrollan a medida que transcurre el tiempo entre el entrevistador y los informantes son la clave de la recolección de datos.

Se deduce que la entrevista en profundidad debe desarrollarse en un clima confortable, es decir donde no exista presión para obtener las respuestas, debe simular a las conversaciones cotidianas pues de ello depende el éxito de la propia investigación, además es importante que el investigador sepa escuchar y que llegue a convertirse en el confidente del sujeto Taylor (1978).

Ruiz (2014) comenta que Taylor en 1987 refirió a la entrevista como una comprensión entre dos partes en la cual, a cambio de permitir al entrevistador dirigir la comunicación, se asegura al informante que no se encontrará con negaciones, contradicciones, competencia u otro tipo de hostigamiento. Se deduce que para permitir el sujeto ser entrevistado es necesario que se le proteja, es decir que este no sea visto como un sujeto a juicio y estableciendo un clima de empatía entre el entrevistador y el sujeto.

Taylor (1987) menciona que la entrevista en profundidad a veces requiere una gran cantidad de paciencia. Los informantes pueden extenderse sobre cosas en las que no estamos interesados. En especial durante las entrevistas iniciales, es necesario no interrumpir al informante, aunque no estemos interesados en el tema que toca. Por lo general se puede conseguir que una persona vuelva atrás mediante gestos sutiles, como dejando de asentir con la cabeza y de tomar notas y cambiando amablemente de tema durante las pausas en la conversación: "Me gustaría volver a algo que usted dijo el otro día.

Se comprende que el investigador debe ser paciente durante la entrevista puesto que se puede llegar a presentar información poco relevante para la investigación, pero puede regresar al punto central mediante expresiones faciales o pedir de igual manera al sujeto regresar al punto que se venía discutiendo Taylor (1987).

Taylor (1987) el investigador no debe perder detalle durante la entrevista acerca del discurso emitido por el sujeto, pero también del lenguaje no verbal como son los gestos, movimientos, con la finalidad de crearse el propio investigador la habilidad de la observación y la capacidad de comprensión con el prójimo.

Taylor (1987) agrega que Spradley en 1979 postuló que el entrevistador tiene que enseñar al informante a ser un buen informante, alentándolo continuamente a proporcionar descripciones detalladas de sus experiencias. Se entiende que el investigador debe ser hábil al desarrollo de la entrevista a profundidad para obtener respuestas claras y comprensibles, saber reformular la pregunta de tal manera que permita evocar recuerdos, sentimientos experimentados. A medida que fue avanzando la entrevista se fueron conociendo más detalles del sujeto y por ende las preguntas se vuelven más precisas.

Taylor (1987) en la vida diaria la gente oculta hechos importantes acerca de sí misma. Cada uno puede "mentir un poco, engañar un poco. Con lo anterior se deduce que durante la entrevista se corre el riesgo de encontrar datos no verídicos o poco reales en referente a la habilidad que tiene el ser humano para engañar y ocultar datos.

Taylor (1987) el investigador tiene también la responsabilidad de establecer *controles cruzados* sobre las historias de los informantes. Debe examinar la coherencia de los dichos en diferentes relatos del mismo acontecimiento o experiencia. Se deduce que el investigador no solo tiene la tarea de observar y escuchar al sujeto por el contrario debe convertirse en un ser analítico con lo cual pueda comprender la congruencia en las respuestas obtenidas por el sujeto durante la entrevista.

4.3 ANÁLISIS DE CONTENIDO BAJO EL REFERENTE TEÓRICO DE LAS REPRESENTACIONES SOCIALES

Martín (2004) menciona el análisis de contenido como una técnica de investigación cualitativa cuya finalidad es la descripción objetiva, sistemática y cuantitativa del contenido manifiesto de la comunicación o de cualquier otra manifestación de la conducta. Se infiere que el análisis de contenido pretende abordar de manera significativa y precisa el contenido del lenguaje verbal y no verbal de las respuestas obtenidas durante la entrevista a profundidad afín relacionarlas con sus expresiones de las conductas presentadas. El enfoque del análisis del contenido será: por la interpretación del contenido.

Martín (2004) menciona que Este enfoque del uso del análisis de contenido, está orientado a la búsqueda de conocimientos sobre el sujeto productor del material, en base al estudio de dicho material.

Permite:

- 1) Identificar las intenciones e incluso las características de los autores de la comunicación verbal o conductual Martín (2004).
- 2) Determinar el estado psicológico de un individuo o grupo Martín (2004).
- 3) Obtener información estratégica analizando manifestaciones, movimientos, negocios. Se infiere que con el enfoque: interpretación del contenido se desean saber los conocimientos, sentimientos, emociones, así como la percepción del sujeto que es precisamente lo que atañe a nuestra investigación, apoyándonos de las conductas emitidas durante la entrevista a profundidad con apoyo de gestos o movimientos presentes Martín (2004).

Martín (2004) menciona el análisis de contenido pretende convertir los fenómenos registrados “en bruto” en datos que puedan ser tratados científicamente y construir con ellos un cuerpo de conocimientos. Se deduce que de las respuestas obtenidas

durante la entrevista a profundidad el investigador debe transformar dichas respuestas en realidades y con ello lograr la interpretación de las mismas para así generar un nuevo conocimiento.

Martín (2004) menciona la finalidad del análisis de contenidos es crear datos que sean:

- 1) Objetivos (centrados en la verdad)
- 2) Susceptibles de medición y tratamiento cuantitativo o cualitativo
- 3) Significativos o explicativos de un hecho.
- 4) Generalizables para facilitar una visión objetiva del hecho. Se deduce que existen diversos propósitos para establecer el análisis del contenido mismo que de manera global pretende explicar el problema de investigación.

Martín (2004) señala los pasos para el análisis del contenido:

- 1) Explicitar las variables, pero, a su vez, dentro de cada variable puede haber categorías. Se entiende que existen diversas formas de abordar las variables., entendiendo como variables a un conjunto de características que le pertenecen a una persona o aun objeto y que dichas variables pueden ser abordadas en sus diversas categorías Martín (2004).
- 2) Explicitar el sistema de categorías. Se entiende que debe generarse medidas claras para cada una de las variables y sus categorías. Por ejemplo, la clasificación puede ser dicotómica u ordinal Martín (2004).
- 3) Utilizar criterios de medida adecuados. Se entiende que para establecer la entrevista a profundidad con el sujeto se deben considerar las características sociales y culturales del mismo antes de iniciar la entrevista para así establecer cómo se va a dirigir la entrevista Martín (2004).
- 4) Tratamiento de los datos Martín (2004).

5) Utilidad de los resultados y generalización de los mismos Martín (2004).

Es importante destacar que para la realización de la presente investigación y particularmente para el uso del análisis del contenido se deben considerar diversos elementos éticos como son: los lineamientos que establece la declaración de Helsinki, la Ley General de Salud y que se firme el consentimiento informado. **Ver anexo 5.**

El enfoque que se abordará para el análisis del contenido será la Teoría de Representaciones Sociales porque gracias a esta teoría se entenderán los significados que las mujeres infectadas con VPH asignan a las circunstancias de haber sido infectadas. Materán (2008) menciona que la Teoría de las Representaciones Sociales es una teoría en desarrollo y debate permanente, surge en Francia en 1960, han transcurrido más de 40 años desde su primera formulación, sin embargo, el debate teórico, las investigaciones empíricas y la integración de planteamientos de orden interdisciplinario son indicadores de su evolución y actualidad.

La Teoría de las Representaciones Sociales es uno de los modelos relativamente recientes en el área de Psicología Social, esta propuesta teórica esboza un planteamiento metodológico interesante, renovador dentro del análisis del sentido común y de lo cotidiano, podría valorarse como una explicación útil en el estudio de la construcción social de la realidad. Se deduce que la Teoría de las Representaciones Sociales a pesar de contar con más de 4 décadas en existencia hoy día todavía es una teoría que genera polémica, sin embargo, las discusiones frente a su contenido, las indagaciones en base a la experiencia, así como el desarrollo de la misma en base a otras disciplinas ha permitido su crecimiento Materán (2008).

Dicha teoría es considerada nueva dentro de la Psicología Social puesto que plantea una explicación innovadora al estudio de la existencia de aquellas manifestaciones, conductas o comportamiento de integrantes de la cultura o sociedad, mismas conductas o comportamientos que han sido creadas por ellos mismos y que imprimen validez dentro de su acontecer diario Materán (2008).

Materán (2008) menciona el concepto de Representación Social surge en 1961 con Moscovic quien las define como ...sistemas cognitivos con una lógica y lenguaje propios (...) No representan simples opiniones, imágenes o actitudes en relación a algún objeto, sino teorías y áreas de conocimiento para el descubrimiento y organización de la realidad (...) Sistema de valores, ideas y prácticas con una doble función; primero, establecer un orden que le permita a los individuos orientarse en un mundo material y social y dominarlo; y segundo permitir la comunicación entre los miembros de una comunidad al proveerlos con un código para el intercambio social y para nombrar y clasificar sin ambigüedades aspectos de su mundo y de su historia individual y grupal.

Se entiende que las representaciones sociales surgen como concepto hace más de 40 años, propias de cada individuo se forman en base a procesos de pensamiento, lenguaje y un orden propio que permite a cada individuo entender su existencia. Cubren dos objetivos el primero que el individuo subsista dentro de una sociedad y hacerle frente a ella, evitando que los problemas no terminen con su supervivencia, el segundo no solo subsistencia de manera individual por el contrario que el individuo pueda convivir con otros en comunicación efectiva dentro de la sociedad, estableciendo políticas que permiten armonía Materán (2008).

Materán (2008) comenta que Jodelet en 1984 refirió que las representaciones sociales se caracterizan de manera más genérica como entidades operativas para el entendimiento, la comunicación y la actuación cotidiana. Esto es, como conjuntos estructurados o imprecisos de nociones, creencias, imágenes, metáforas y actitudes con los que los actores definen las situaciones y llevan a cabo sus planes de acción.

Con lo anterior se infiere que las representaciones sociales son fenómenos no tangibles que forman parte de la vida diaria del ente, mismas que se apoyan en la comunicación manifiesta entre un individuo y otro.

Se menciona que las representaciones sociales están formadas diferentes constructos mentales propios de un aprendizaje previo como son: creencias, imágenes, metáforas, actitudes y de acuerdo a las mismas se producen ciertas acciones o comportamientos. Materán (2008) menciona que las representaciones sociales cumplen diferentes funciones que se hacen evidentes cuando comprendemos su naturaleza social. Basada en investigaciones explica algunas de estas funciones, entre ellas:

- Hacer convencionales los objetos, personas y eventos que se encuentran en la vida cotidiana; otorgándole una forma definitiva, localizándolo en una categoría y establecerlo como modelo de cierto tipo, distinto y compartido por un grupo de personas; es decir, convertir una realidad extraña en una realidad familiar Materán (2008).
- Propiciar la comunicación entre las personas, comunicación que implica tantos puntos de vista compartidos como divergentes sobre diversas cuestiones Materán (2008).
- Promueve el pensamiento colectivo y la reflexividad de los grupos siendo estos requisitos fundamentales para lo que se denomina identidad social; es decir, el conocimiento del grupo al que se pertenece Materán (2008).
- Justifica las decisiones y conductas que se dan en las interacciones sociales Materán (2008).

Se entiende que las representaciones sociales cumplen diversas funciones por ejemplo los individuos dentro de la sociedad hacen de sus integrantes, objetos, acciones, hechos ajenos como propios los cuales se utilizan como paradigmas para

actuaciones específicas, las representaciones sociales se comparten de un individuo a otro es decir no son conductas aisladas por el contrario fomentan un canal de comunicación entre los mismos, dentro de dicha comunicación pueden existir distintas posturas frente a algún tema y además fomentan un raciocinio de manera compartida, logrando así establecer una identidad propia a cada grupo Materán (2008).

Materán (2008) refiere que Moscovic en 1961 mencionó que las representaciones sociales nacen determinadas por las condiciones en que son pensadas y constituidas, teniendo como principal factor el hecho de surgir en momentos de crisis y de conflictos. Basado en las comprobaciones hechas en su investigación deduce tres condiciones de emergencia: la dispersión de la información, la focalización del sujeto individual y colectivo y la presión a la inferencia del objeto socialmente definido.

Se deduce que las representaciones sociales toman mayor relevancia ante la presencia de situaciones que amenazan la homeostasis del individuo. Principalmente se consideran tres hechos de crisis ante los cuales surgen las representaciones sociales, primer elemento la dispersión de la información entendida como el conocimiento, las ideas o posturas que tiene un individuo en base a un hecho determinado por lo general no es basta, la información no está organizada y cuando se intenta responder a ciertos cuestionamientos, ideas, propósitos o tareas la información con la que se cuenta es limitada Materán (2008).

El siguiente elemento es la focalización la cual señala que tanto un individuo como un grupo establecen interacciones que generan desviaciones en las representaciones mentales o juicios establecidos. En el tercer elemento la presión a la inferencia hace mención a que cotidianamente existe insistencia por hechos, ideas, opiniones previamente establecidas dentro de la sociedad y son considerados de interés público, se considera importante que los grupos sociales

den respuesta a hechos significativos o a aquellos eventos donde se han cortado los paradigmas previamente establecidos Materán (2008).

Materán (2008) menciona que existen dos procesos fundamentales para la formación de relaciones sociales y estos son: objetivación y anclaje.

Objetivación (lo social en la representación): este proceso va desde la selección y descontextualización de los elementos, ideas o conceptos hasta formar un núcleo figurativo que se naturaliza enseguida, es decir, los conceptos abstractos, relaciones o atributos son transformados en imágenes concretas. Materán (2008). Se entiende que es necesario la existencia de una metodología que permita búsqueda y selección de elementos que lo conforman para posteriormente ubicar en escenarios distintos al conjunto de ideas, pensamientos, conceptos, pero al mismo tiempo en representaciones precisas.

Materán (2008) menciona que Moscovic en 1961 refirió que objetivar es reabsorber un exceso de significados materializándolos. Con lo anterior se puede deducir que durante la objetivación se pretende retomar los diversos contenidos mentales que le son dados a este signo lingüístico. Considerando signo lingüístico como al conjunto de materialidad percibida por el hombre mediante los sentidos, generando en cada hombre realidades distintas.

Materán (2008) comenta que Moscovic en 1961 refirió **Anclaje (la representación en lo social)** con el anclaje la representación social se liga con el marco de referencia de la colectividad y es un instrumento útil para interpretar la realidad y actuar sobre ella. Este proceso permite que los eventos y objetos de la realidad que se presentan como extraños y carentes de significado para la sociedad, se incorporen en su realidad social. A través del proceso de anclaje, la sociedad cambia el objeto social por un instrumento del cual pueda disponer, y este objeto se coloca en escala de preferencia en relaciones sociales existentes.

Con lo anterior se deduce que de acuerdo a los sucesos o hechos que vayan aconteciendo dentro de la sociedad se va intentando hacer una relación en base a características sociodemográficas, formas de vida que permiten entender la razón de sus conductas, comportamientos, pensamientos Materán (2008).

Materán (2008) menciona las representaciones sociales aparecen en las sociedades modernas en donde el conocimiento está continuamente dinamizado por las informaciones que circulan y que exigen ser consideradas como guías para la vida cotidiana.

A diferencia de los mitos, las representaciones sociales no tienen la posibilidad de asentarse y solidificarse para convertirse en tradiciones ya que los medios de información de masa exigen el cambio continuo de conocimientos Materán (2008). Se infiere que las representaciones sociales aparecen en sociedades modernas no pueden permanecer estáticas fluctúan a razón de que existen continuamente factores externos como la interacción existente entre un emisor (comunicador) y un receptor (audiencia), la cual va modificando a la sociedad y que exigen el uso de esos factores externos para su vida cotidiana.

CAPÍTULO V

LAS CATEGORÍAS TEÓRICAS Y EL ANÁLISIS DE RESULTADOS

Es relevante destacar las características sociodemográficas de los sujetos con diagnóstico confirmado de virus del papiloma humano: participaron treinta mujeres con edad promedio de ± 37 años; entre las entrevistadas el lugar de nacimiento fue variante diez mujeres de la capital del Estado de México, catorce de los distintos municipios del estado de México (Tenango del Valle, San José del Rincón, Jilotepec, Xalatlaco, Atizapán, Atlacomulco, Huixquilucan, Jiquipilco, Tejupilco, Oztolotepec, Metepec, Capulhuac, Xonacatlán), tres de lugares aledaños al Estado de México (Guerrero, Hidalgo, Michoacán), una mujer manifestó haber nacido en la capital de la República Mexicana, Entre las entrevistadas predomina la religión católica (veintisiete personas), una de ellas se identificó como protestante, una como creyente y una mujer refirió no tener ninguna, respecto al estado civil catorce afirmaron estar casadas, nueve en unión libre, cuatro solteras, tres divorciadas. Conforme al nivel académico predominó primaria (trece personas), once con secundaria, cuatro con preparatoria, una con nivel técnico y una con licenciatura; diecisiete dedicadas al hogar, seis empleadas, dos comerciantes, una artesana, una costurera, una trabajadora doméstica, una optometrista, y una docente. La edad de inicio de vida sexual activa con promedio de ± 18 años. El número de parejas sexuales con promedio de ± 2 . **Ver tabla 1**

A continuación, se presentan los siguientes cuadros en donde se presentan las variables sociodemográficas de las mujeres infectadas con VPH

Tabla 1. Perfil sociodemográfico de las mujeres infectadas con Virus del Papiloma (VPH) en el Hospital Perinatal del Estado de México, 2014-2015

Participantes y código	Edad	Lugar de nacimiento	Religión	Estado civil	Nivel académico	Ocupación	Inicio de vida sexual activa	Número de parejas sexuales
(S30)	24	Capulhuac	Católica	Unión libre	Secundaria	Empleada	19	3
(S8)	27	Toluca	Católica	Unión libre	Licenciatura	Docente	17	1
(S7)	28	San Antonio Pueblo Nuevo	Católica	Soltera	Secundaria	Costurera	21	2
(S19)	28	Toluca	Católica	Soltera	Secundaria	Empleada	17	3
(S4)	29	Atacomulco	Católica	Casada	Preparatoria	Hogar	18	1
(S28)	29	Taxco	Católica	Divorciada	Secundaria	Empleada	17	1
(S14)	30	San Miguel Mimiapan	Católica	Casada	Secundaria	Hogar	16	2
(S2)	31	San Bartolomé	Católica	Unión libre	4to de Primaria	Comerciante	17	1
(S10)	31	Toluca	Católica	Unión libre	Secundaria	Empleada	15	4
(S21)	31	S/D	Católica	Casada	Preparatoria	Hogar	18	2
(S26)	33	Xalatlaco	Católica	Soltera	Primaria	Hogar	18	2

(S25)	34	Toluca	Católica	Unión libre	Primaria	Hogar	16	2
(S3)	37	DF	Católica	Divorciada	Técnico	Óptico	18	S/D
(S17)	37	San Mateo Mozoquilpan	Católica	Casada	Primaria	Empleada	13	1
(S1)	38	Toluca	Ninguna	Unión libre	Preparatoria	Artesana	18	7
(S27)	39	Tejupilco	Católica	Casada	Secundaria	Hogar	17	5
(S6)	41	Hidalgo	Creyente	Unión libre	Primero de Primaria	Hogar	12	3
(S9)	41	Toluca	Católica	Unión libre	Primaria	Comerciante	27	1
(S15)	41	Jiquipilco	Católica	Divorciada	Primaria	Empleada	19	4
(S23)	41	Calixtlahuaca	Católica	Casada	Preparatoria	Hogar	20	1
(S12)	42	Calixtlahuaca	Católica	Soltera	5to de Primaria	Hogar	18	2
(S16)	42	Michoacán	Protestante	Casada	2ndo de Primaria	Hogar	20	1
(S11)	43	Tenango del Valle	Católica	Casada	Secundaria	Hogar	18	1
(S13)	44	Tenango del Valle	Católica	Casada	Primaria	Hogar	17	3
(S29)	44	Metepec	Católica	Casada	Secundaria	Hogar	16	2
(S18)	45	Toluca	Católica	Unión libre	Primaria	Trabajadora domestica	19	3
(S20)	47	Toluca	Católica	Casada	Primaria	Hogar	16	1
(S22)	47	Jilotepec	Católica	Casada	3ero de Secundaria	Hogar	16	2

(S24)	47	Santa Cruz Atizapán	Católica	Casada	Secundaria	Hogar	20	1
(S5)	49	San Pablo Autopan	Católica	Casada	Segundo de Primaria	Hogar	19	1

A continuación, se presentan algunas categorías que emergieron de las respuestas obtenidas por los participantes clave:

5.1 “La percepción ante el diagnóstico, la visión del diagnóstico”

Los discursos evidenciaron emociones como tristeza, asombro, negación, pena, confusión, y coraje a la pareja. El fatalismo y depresión se hacen presentes ante la preocupación por la salud. Surge inquietud por la curación propia de la enfermedad, generándoles desconsuelo por el futuro de familiares, principalmente por los hijos, ante una muerte, por el cáncer cervicouterino, tal como se muestra en los siguientes relatos:

....Se siente uno **triste, deprimida**, porque **no se esperaba uno esto**, piensa uno en que tal vez **no se va a curar de esto**, lo **compartí** con mi esposo, le **reclame** que ¿Por qué lo tenía yo?, al principio sentí que era el **final** porque me llegue a sentir como **achicopalada**, sentía que ya **no podía**, sentía que ya **no tener fuerzas para eso**... (E1, 5)

....Uno está muy **arriba** y de pronto todo se viene **abajo**, porque pues uno se empieza a idear que nada va a ser igual y que puede llegar a ser un **cáncer**, ¿Qué va pasar el día de **mañana**?, en qué momento ¿**Se va a volver un cáncer**?, ¿Una **cura** si no la hay?, dudas de ¿En qué **momento apareció**?, decía yo ¿Qué voy a **hacer**?, ¿Se me va a **quitar**?, muchas cosas vienen a la mente, porque en realidad yo no tenía **ni idea de que era** el papiloma, **no sabía** que complicaciones tenía, sabía que era malo, pero no sabía ¿Por qué?, por lo mismo uno no sabe, me cayó de **sorpresa**, se siente **feo** y sentí **preocupación** por mi hijo y esposo, de **no saber** si me voy a **controlar**, porque **curarme definitivamente no creo**, es **miedo**, una **incertidumbre**...(E6, 7,8)

...Ganas de **llorar**, pensé en mis **hijos**, dije me voy a **morir** y quien los va a **cuidar**, quien los va a **ver**, sentí mucho **odio**, **rencor**, **coraje**, creía que no **tenía factores de riesgo**, yo **tenía una pareja confiable** entonces **¿Porque yo?** **¿Por qué yo tuve que pagar las consecuencias por culpa del?**, **no es justo** y si estaba yo **enojada**, la palabra **cáncer** es para mí la muerte... (E 11, 12, 14)

...Primero las **ganas de informarme** sobre la consecuencias que trae, **¿Si se puede curar?**, **¿Si se puede tener un tratamiento?**, después me sentí **triste**, me **deprimí** mucho, a no querer creer que por culpa de esa persona yo podría estar así y si me **decaí** mucho, no quería yo **creer**, me daba **miedo y pena salir**, la pena de como que la **gente supiera**, nada más quería **estar encerrada**, también **angustiada**, por todo lo que se iba a venir, porque uno no sabe que es lo que tiene y **¿Qué es lo que va a pasar después?**, uno piensa en la familia, piensa en el esposo, piensa en muchas cosas... (E15, 30).

Surgen diversos sentimientos frente al diagnóstico del virus del papiloma humano, sentimientos de exasperación hacia la pareja, necesidad de recuperar la salud, preocupación por desarrollar cáncer cervicouterino, aprehensión ante la muerte Da Silva Marques (2005), Meza (2011), los informantes una vez que se conocen portadoras del virus manifiestan sentimientos como decepción puesto que solo tenían una pareja sexual, ese sentimiento de preocupación las lleva a manifestar miedo a las relaciones sexuales coitales, a la necesidad de cuidar de ellas mismas y esta enfermedad es un reto ante el latente el miedo a desarrollar cáncer cervicouterino Da Silva Marques (2005).

Para poder entender su realidad estas mujeres hacen uso de valores, roles sociales y otros aspectos socioculturales donde emergen preguntas sin respuesta por ejemplo al manifestar "¿Por qué yo?", "¿En qué momento apareció?", "¿Qué voy a hacer?", "¿Por qué tuve que pagar las consecuencias de él?", "¿Si el virus del papiloma humano se puede curar?", "¿Se puede tener un tratamiento? González (2014), Materán (2008).

Resulta interesante la triada generada por las mujeres portadoras al establecer una asociación entre virus del papiloma, cáncer y muerte, de esta forma surge algo desconocido en lo cotidiano, hacer intangible lo que no es familiar Materán (2008).

Es evidente que el diagnóstico es un punto crucial que resulta indispensable establecer cuidados de enfermería para enfrentar diversos mundos, cosmovisiones, juicios de valor, respuestas humanas generadas de la propia enfermedad a razón de que cada sujeto social vive una realidad distinta misma que se van recreando en el curso de las propias representaciones Materán (2008).

La presente investigación demuestra más similitudes que diferencias frente a la percepción de las mujeres portadoras del VPH en comparación con un estudio realizado por Pereira de Jesús (2014) entre las similitudes se destaca déficit nivel académico de las mujeres portadoras, estado civil diverso, diversidad de parejas sexuales, uso de preservativo ocasional solo como método de planificación familiar o en definitiva no uso por estrecha confianza en la pareja, sin notar cambios en genitales de pareja, vergüenza de exponer genitales en un estudio de Papanicolaou debido a ciertos comentarios que se han escuchado del estrato social y desconocimiento del VPH.

La percepción de las mujeres ante el diagnóstico se relaciona con el nivel de conocimientos que esta tenga respecto al virus, el grado de estudio es parte fundamental para establecer acciones de prevención y hasta mantener o no una pareja estable. Pereira de Jesús (2014) refiere haber encontrado deficientes concepciones respecto al virus en adolescentes mujeres portadoras del VPH tal como considerar que este es una infección que se contagia por la sangre, decidir o no utilizar preservativo durante las relaciones sexuales porque se confía demasiado en la pareja o simplemente ya se está embarazada considerando con esto la carente falta de información de las enfermedades de transmisión sexual.

En cuestión de las diferencias encontradas se encuentra la edad de las mujeres, la ocupación y sentirse vulnerable para desarrollar cáncer cervicouterino o transitar por la muerte aspecto solo referidos por aquellas mujeres con mayor experiencia sexual y en edad productiva ^{Pereira} de Jesús (2014).

Otro estudio realizado por Hernández (2005) demuestra que en efecto es carente el grado de conocimiento que las mujeres tienen respecto al VPH y por ende la percepción una vez que se conoce del diagnóstico se ve afectada para lo cual proponen incrementar conocimientos sobre su transmisión y condiciones de riesgos sobre lesiones cervicales.

Villarroel (2007) comenta que Moscovici en el año 2000 manifestó ¿Cómo el conocimiento científico es convertido en conocimiento común o espontáneo? Y tratar de entender y valorar el pensamiento ordinario que, desde esta perspectiva, es visto como un resultado de amplios procesos de modernización. La originalidad de las representaciones sociales reside en proponer que el sentido común aquel que nos sirve para nuestros intercambios y acciones cotidianas se configuran a partir de los modelos intelectuales desarrollados por la ciencia y diseminados en una sociedad o cultura dadas; esos sistemas científicos son, a su vez remodelados o reconstruidos por medio de los intercambios entre sujetos y grupos sociales.

Villarroel (2007) comenta que Moscovici en el año 2000 reconoce dos niveles de articulación de las representaciones con lo social: la opinión pública y el proceso de construcción de las representaciones. Las representaciones se anidan en la opinión pública a partir de tres componentes: actitudes, contenidos y campo de representación. Sin embargo, la función específica de las representaciones sociales es adaptar conceptos e ideas abstractas como los producidos por la ciencia a la sociedad y, mediante la formación de conductas y la orientación de las interacciones sociales, asegurar la adaptación de la sociedad a nuevos conjuntos de categorías e informaciones.

Con lo anterior se entiende que las representaciones sociales que surgen a partir de conocerse portadoras del VPH se apoyan en hechos ya conocidos por ejemplo asociarlo con otra enfermedad como es el cáncer y la muerte mismos conceptos que las llevan a experimentar emociones negativas como tristeza y miedo Villarroel (2007).

5.2 “La espiritualidad frente a la vida cotidiana”

El virus del papiloma humano representa para las mujeres portadoras un ejemplo de vida cotidiana, se expresan frases de resignación que emergen de tal problemática una vez que el virus las acompaña en su acontecer diario, por lo que esta enfermedad es vista como “suerte” o azar, entendida como una cuestión enviada por un ser supremo creador del universo quien las reconoce como individuos con talento para enfrentar esta “prueba” haciendo referencia a ser capaces de soportar la enfermedad, para poder sobrevivir a esta enfermedad las mujeres portadoras aceptan en sus vidas la parte espiritual que les permita salir adelante en un momento crítico como es el conocerse portadoras, la parte espiritual se representa mediante la creencia en seres supremos, los cuales son entendidos por los informantes como vehículos para recuperar la salud y en los que depositan confianza para continuar viviendo con la fe creada por su religión, tal como se muestra en los siguientes relatos:

*...Dije Señor a lo mejor estoy en un error, pero debo salir adelante pase lo que pase. Digo ¿Qué hago Señor?, no me queda más que tener **paciencia**, si esa **suerte me toco**, todos tenemos problemas, **tu mandas todo** lo que estoy padeciendo, uno quiere andar bien, pero digo pues **solamente Dios sabe**, me ha dicho y me ha mandado **fuerzas máximas para salir adelante**, digo Señor si yo he de terminar **que termine alegremente yo no quiero estar tristemente ni mal**, ni lamentándome tampoco porque pues **son cosas de la vida**. Siempre en cualquier cosa **mi fe y la virgen de Guadalupe me levantaban bastante el ánimo**... (E5)*

...La religión es un asunto ahora sí muy aparte **primero está tu salud** y si tú eres religiosa, ahora si creyente de la fe católica o de la religión que tu tengas, **si tú te quieres te vas a atender**, si tú no te quieres pues no te vas a atender, porque finalmente tú **no te vas a curar con un milagro**... (E14).

...Dije no pues estoy a tiempo y pues no se **dicen que las cosas no pasan por nada** y yo sé que por **algo Dios me mando esta enfermedad** porque yo sé que soy fuerte sabe que voy a superarla y creo que es muy bueno donde nosotras debemos abrir nuestra mente y es malo que digan algunas mujeres pues ya lo tengo y **que sea lo que Dios quiera** yo no voy a hacer nada yo al menos no porque tengo cuatro hijos, tengo una vida por delante con ellos... (E19)

...Levantarme, pedirle a **dios me ilumine**, me de fuerzas para salir adelante, me levanto, me aseo, salir a trabajar, ósea **las cosas que uno tiene que hacer**, que mi hija que a la escuela o a la tarea o eso, ósea nunca me he dejado caer, *para mí es un poco cansancio, pero* **me persigno primeramente Dios, estoy en las manos de Dios** hoy este día y a ver ¿Qué pasa?... (E2, 4).

...Esta enfermedad me hizo **valorar más mi vida gracias a Dios** y decir que yo quiero salir adelante un poco más, aquí no se me termino mi vida, gracias a Dios tenemos dos manos, dos pies, una vida, tengo a mis seres queridos que son mis hijas... (E10).

...Yo digo gracias Señor por permitirme hacer mis labores sin tener ningún problema por un día más, lo único que yo hago es agradecer a Dios, hasta cierto punto **Dios es tan grande que él sabe porque hace las cosas** y si esto es una prueba hay que superarla no es para retroceder si no para seguir es decir que si **Dios tiene preparado esto para mi decir aquí estoy no me queda más que agradecer**... (E21)

A los relatos se observa el desarrollo de la representación social Materán (2008) se enfoca al aspecto individual y social, como aprenden de acontecimientos a saberse

portadoras del virus del papiloma, para ello, se toma el misticismo unión inefable del alma con Dios.

Los problemas los asocian con un mandato divino y de este modo usan la fuerza suprema para explicar los acontecimientos que transitan y a la vez el medio para superarlo, buscan una alianza entre religión-curación-divinidad para obtener solución de pérdida de la salud experimentada por la mujer portadora del virus del papiloma humano por el contrario otros testimonios no asocian la religión con curación Real Academia Española (2014), Materán (2008).

La dimensión espiritual ha acompañado a estas mujeres portadoras del virus del papiloma humano, refieren una fuerza interior de Dios, están en manos de Dios, recurrir al apoyo espiritual para recuperar la salud, tienen una fuerza que las sostiene ante las dificultades, acontecimientos que ocurren en su realidad, algunas veces hacen uso de prácticas religiosas como la signación Quintero (2000).

Emerge el miedo y desconfianza ante el dolor y el sufrimiento en las mujeres portadoras del virus del papiloma, miedo a la propia enfermedad, pero también en muchas ocasiones a no ser escuchado por la pareja ¿Cómo explicarle al varón que se tiene un virus del que no saben ni ellas mismas como se contagiaron?, donde expresar los sentimientos y temores queda en segundo término. Morales (2014) comenta que el dolor y el sufrimiento se asocian con la enfermedad: genera sentimientos de miedo y desconfianza donde el dolor y la soledad terminan aislando a la persona, señala que el papel de enfermería es asegurar la confianza y el bienestar a través del cuidado, creando afectividad y empatía donde el paciente sienta confianza y logre exteriorizar necesidades espirituales.

En comparación con el presente estudio se encuentra que en diversas ocasiones se hace presente la parte espiritual considerando que los sujetos de estudio son seres holísticos, sin embargo, abordar la parte espiritual resulta ser una tarea compleja para el profesional de enfermería cuando se trata de orientar, acompañar

o conducir un estado de salud resulta interesante que a los relatos se observa el significado que las mujeres portadoras dan a las figuras místicas y como como se hace uso de estas para ajustarse a la enfermedad, una enfermedad que es entendida como una prueba suprema Morales (2014).

Otro autor Rodríguez (2011) agrega a la espiritualidad la palabra resiliencia entendida como la adaptación exitosa ante eventos adversos o traumáticos, mientras que la espiritualidad motiva y permite la búsqueda de trascendencia, propósito y sentido de vivir, actuando como variable independiente que favorece el desarrollo de la resiliencia, destaca factores para promoverla tales como relaciones de amor, visión positiva de sí mismo y confianza en fortalezas y habilidades, destrezas en solución de problemas así como capacidad para manejar emociones y sentimientos.

En comparación con el presente estudio las mujeres utilizan el apoyo en sus familiares más significativos como son sus hijos, el amor propio, seguridad personal, disfrute de actividades de la vida cotidiana y la búsqueda a problemas presentes que les permitan incrementar su grado de resiliencia y por ende su espiritualidad, misma que se encuentra dirigida al impulso y trascendencia de su existencia buscando medios para interpretar los hechos que viven recordando que la espiritualidad surge en un momento de crisis como es la enfermedad y que su búsqueda desencadena en un estado de bienestar Rodríguez (2011).

5.3 "La pareja un estímulo ante la solicitud de atención al cuidado de la salud"

La pareja representa para los informantes una menor carga de la enfermedad. La pareja es alentadora al experimentar comprensión, estabilidad, apoyo moral y ánimo para continuar viviendo, sin embargo, la figura masculina no está presente en la vida de los informantes debido a que se ve trastocada por discusiones de pareja por lo que su vida se vive en solitario o en compañía de otros, así se expresa en los siguientes relatos:

...Nada, **mi esposo no me dice nada**, él **no se mete**, yo voy al médico y no voy a otra cosa es mi decisión, pero **a veces me dice que ¿Cómo estoy?**, cuando le digo que vengo del hospital lo toma muy tranquilo, me dice lo que te diga la Doctora y pues **échale muchas ganas**, **eso es lo único que me dice**, hemos estado un poquito separados él trabaja y yo, pero **me dice fíjate, cuídate**, eso es lo que quiero para ti... (E 1, 2)

...Mi esposo me apoyo mucho, pero **dijo que no era culpa mía**, entonces él **me supo comprender**, el ahorita está conmigo, **lucha conmigo**, siento así que ahorita alguien está conmigo en esta enfermedad, entonces el **apoyo de tu pareja es muy bueno** y **te ayuda a salir adelante**, **te hace reaccionar** y **sentir que todavía vales la pena**, yo creo que es bueno tener a una pareja que no siempre te esté humillando que no siempre te esté atacándote por la enfermedad y te apoye en el resultado... (E15)

...**Mi esposo me apoyo bastante**, lo tomo de una manera muy consciente, madura, que **me hizo sentir ese apoyo moral**, en todos los sentidos **tengo el apoyo de él**, me estoy atendiendo, veo que me estoy mejorando un poquito pero ahorita siento como que no un conformismo, pero **siento que he tomado todo con madurez y he aprendido** de no pasa nada mientras yo no deje las citas, más que nada por mi familia es el motivo para estar al pendiente... (E7).

... **Mi esposo me animo** en todo lo que seguía de hecho él también se hizo su estudio, **me dijo que le íbamos a echar ganas**, **me apoyo en todo lo que seguía** me apoyo en el aspecto de que **me trajo al médico** y **estuvo batallando conmigo** para que me atendieran aquí y andar buscando los papeles y todo eso, **pero veces solamente me apoya porque igual cuando nos enojamos no**... (E 3, 30).

... Mi pareja **ha estado poco a poco conmigo**, **no me ha dejado ni un minuto**, él **ha estado conmigo**, **no puedo decir que no**, o que me ha dejado, **el reconoció sus errores**, **buscan componer un poquito el daño que hicieron** porque pues él **me dijo no te preocupes**, **yo te acompaño**, **lo que necesites** y pues sí **sientes un poco más**

fácil porque dices ya por lo menos no estoy sola, me está acompañando se siente un poco menos la carga... (E 10, 19)

Estos relatos construyen las representaciones sociales, según Moscovici para entender y comunicar la realidad que es determinada por las mujeres portadoras del virus del papiloma humano, la compañía de pareja representa un componente ante el daño cometido, la pareja deja de ser un apoyo al solicitar atención al cuidado de la salud Materán (2008).

En limitadas ocasiones los informantes llegan a experimentar el estímulo de las parejas sexuales, que las dirija a la solicitud de atención al cuidado de su salud “mi esposo no me dice nada, él no se mete”, “a veces me dice que ¿Cómo estoy?”, no obstante, los conflictos de pareja exceden y se generan discusiones y posibles separaciones que terminan con el apoyo que pudiera brindarse por parte de la pareja sexual a la mujer portadora Vargas (2014).

Los testimonios de las mujeres establecen una asociación equivocada entre apoyo con valor, la figura masculina les permite recuperar dicho valor y aprecio hacia su propia persona, como mujer Vargas (2014), las mujeres portadoras del virus del papiloma humano son individuos inseguros con una autoestima deficiente, carentes de afecto propio; con construcciones simbólicas creadas y recreadas generadas en la propia sociedad que utilizan para comprender la realidad transigente Materán (2008), Vargas (2014).

Otro autor Ledón (2011) comenta que la familia en particular la pareja es la fuente de apoyo por excelencia, sin embargo, referencias de las personas con alguna enfermedad suelen estar imbuidas de una profunda conciencia de sufrimiento familiar y de consecuentes sentimientos de culpa a partir de construirse en sí mismos/as en términos de “carga familiar”, este sentido de “carga” se relaciona con la necesidad de cuidados, apoyos. Incluso más que “cargas” son dependencias. Los sujetos suelen referirse a la familia como fuente de apoyo (material y emocional).

Las acciones de acompañamiento se convierten en estímulos fundamentales para atenuar el de la enfermedad, fomentar la adhesión al tratamiento y lograr recuperar la salud Ledón (2011). Realizando una comparación con el presente estudio y del postulado por Jodelet en 1986 citada por Villarroel (2007), las mujeres portadoras del VPH sustituyen o ((ponen en lugar de)) el apoyo de las parejas por la composición del daño cometido, es decir hacen presente en su mente que el apoyo brindado de la pareja es a razón de hechos circunstanciales de los que fueron parte motivo por el cual ellas tienen el VPH Villarroel (2007).

La sustitución antes mencionada también se apoya en sistemas de significación que se construye de conocimientos, creencias, experiencias propias o de terceros y se acompaña de juicios de valor que culminan en visiones estereotipadas como “sentir que todavía vales la pena” o “sentir menos la carga” las cuales son asumidas internamente puesto que se comparte la cultura y se crean y recrea el curso de la interacción social Ledón (2011), Villarroel (2007).

5.4 “La pareja sexual una puerta angosta a la salud”

La presencia de la pareja sexual en la vida de una mujer portadora del virus del papiloma humano llega a convertirse en la principal barrera de impedimento para el cuidado, vista como una puerta angosta a la salud en aquellas mujeres dependientes de la propia pareja que incapacita para tomar decisiones sobre todo en las determinaciones referidas al bienestar de la pareja. La mujer vive prohibiciones en la búsqueda de su salud, a pesar de eso la mujer no tiene el valor de enfrentar a su pareja, pareciera que las parejas tienen el control o dominio de su vida, desde esta perspectiva se hace notar que desde el imaginario social la mujer se percibe como un ser inferior al género masculino.

...Al principio en el Papanicolaou me pregunto ¿Qué si era un doctor?, ¿Qué si era una doctora?, inclusive los días que me indican que me inyecte no quiere que vaya,

solo que, si es una mujer sí, pero que, si es un hombre no, como unas de mis hermanas son enfermeras me dice que vaya con ellas que con otra persona no... (E29)

... Lo que pasa es que él no me dejaba, si algún día me llegaba a acompañar al médico tenía una mirada muy pesada así como que te intimidaba y como que no te dejaba expresarte todo lo que tú querías al médico porque ya no le decías todo como tú te sentías ciertamente para que no te revisara y es muy incómodo estar así, de que tu pareja te esté cuidando y cuando le comentaba yo que me sentía mal, me decía que no que era normal porque también me embarace casi luego, después le comente al médico que tenía varias infecciones pero como estaba embarazada no me pudo revisar bien, nada más me daba medicamento, bueno esta persona nada más me tenía encerrada y me ponía pretextos de que me decía no tengo dinero, no tengo dinero y aunque lo tuviera, a veces yo pienso que él ya sabía de las infecciones porque la verdad si le llegue a ver situaciones a él de infecciones, entonces para que yo no me enterara el me prohibía que asistiera al médico...(E15)

...Yo aunque el papá de mis hijos me dijera que no fuera es mi salud no la de él y si yo me muero pues quien va a ver a mis hijos entonces soy yo la que tengo que preocuparme por mí y no depender de las personas, a veces desgraciadamente nos dejamos mangonear por el marido pero pues es porque uno lo permite pero yo al menos nunca me he dejado mangonear, entonces mi salud es mía y si puede que me apoye y si no ni modo es mi salud, es que hay muchas mujeres que si les dicen que no van pues no van y ellos tienen el control de su vida pero al final de cuentas pues es tu salud. (E19, 25).

...No influye el que te den su apoyo o su compañía si uno va ver por su salud pues lo que tiene que hacer uno sola, si él tiene tiempo pues me acompaña pero si después no tiene tiempo de seguirme acompañando y todo eso de traerme pues no lo voy a esperar, yo prefiero mi salud y yo tengo que ver por mi salud porque si no veo por mi salud ¿Quién va a ver?, tal vez a él no le gusta y pues allá el yo vendría de todas maneras, la pareja podría ser un impedimento siempre y cuando la mujer

este muy cerrada y le deje opinar sobre la vida de ella, pero cuando la mujer es independiente y actúa independiente no es un impedimento (E21, 30).

Otros autores Da Silva Marques (2005), Vargas (2014) y Soltero (2015) señalan que la mujer atribuye al hombre el poder de su cuerpo, no acuden a consulta porque la pareja no les da permiso, en otros informantes surge la preocupación por la curación, las mujeres portadoras del virus del papiloma humano experimentan desigualdad social y de género. Desde el imaginario de la mujer portadora del virus del papiloma humano mira su cuerpo como no propio, por no tener la libertad de decidir sobre el mismo aunado a la constante represión por parte de la pareja.

Represión frente a la idea de que dicho cuerpo ajeno no puede ser visto o tocado por otro hombre manifestándose de este modo la carencia de equidad de género y el evidente aplazamiento a la atención a la salud debido a que, si su cuerpo no es propio, la mujer deja en manos de la pareja sexual su propia salud, por lo tanto, la mujer desde la óptica social, es un ente sin derecho a conocer su cuerpo. El interés surge por cuidar la salud y con ello permitan minorizar el daño, porque es evidente que para las mujeres portadoras el apoyo de las parejas sexuales no es un asunto prioritario, pudiera ser abordado como un apoyo temporal, pero se tiene claro que la única persona que estará en todo momento en el desarrollo de la enfermedad serán ellas Vargas (2010).

Castro (2014) señala que las mujeres portadoras del VPH establecen redes sociales de apoyo dentro de su vida cotidiana, la de la pareja y familia parecen ser más estrechas, sin embargo en la relacionada a la pareja el tipo de apoyo que se obtiene es de tipo emocional tal como en la presente investigación haciendo énfasis a cuestionamientos respecto al éxito o fracaso de la asistencia a las citas médicas básicamente “estar pendientes”, otro tipo de apoyo es el instrumental donde solo se ofrece ayuda temporal en actividades domésticas a consecuencia de haberse sometido recientemente a procedimientos médicos.

La red social de apoyo hacia las mujeres portadoras del VPH es a veces suplida por madres o hermanas argumentándose que la pareja no tiene el suficiente tiempo por estar ocupado en actividades laborales Castro (2014). Otro autor Castro (2010), habla de la desinformación sobre el VPH por parte de las mujeres y el escaso apoyo por parte del profesional médico ante probables inquietudes de las portadoras. Se señala de la existencia de estigmas sexuales, contenidos morales referidos a la práctica de la misma, creencias, mitos, tabúes que repercuten en la vida de la mujer portadora.

Estableciendo una comparación con la presente investigación se puede afirmar que derivado de la existente carencia de información respecto a temas como la forma de contagio del VPH las mujeres comienzan a generarse actos de pensamiento relacionándolos con un objeto en este caso (varias parejas sexuales) y mediante diversos mecanismos ese objeto es sustituido por un símbolo (práctica de sexualidad) que se apoya en valores, creencias, mitos y se alimenta en la práctica social, por lo que si la mujer tiene el VPH es probable que tenga relaciones sexuales con más de una pareja aun estando casada, por lo que la mujer es denigrada por la pareja sexual en turno, humillada y abusada Luna (2014).

Según Materán (2008) las construcciones simbólicas que se realizan toman mayor relevancia en la interacción social, sin embargo, a través de ellas se intenta explicar una realidad presente, realidad que es entendida en algunos momentos por sentido común donde se permite transformar lo desconocido en algo familiar.

5.5 "El miedo otro factor importante"

Las mujeres una vez que se conocen portadoras del virus del papiloma humano experimentan diferentes emociones por ejemplo el miedo factor importante derivado de la angustia o incertidumbre Real Academia española (2014). El miedo surge

ante el diagnóstico Se genera entre la palabra virus del papiloma humano y la palabra cáncer, una vez confirmado el diagnóstico, vienen a la mente preocupaciones, y surgen diversas interrogantes, muchas de las cuales quedan sin respuestas por ejemplo ¿En qué momento apareció?”.

...*Uno está muy arriba y de pronto todo se viene abajo*, porque pues uno se empieza a idear que *nada va a ser igual* y que *puede llegar a ser un cáncer* o *¿Qué va pasar el día de mañana?* en qué momento *¿Se va a volver un cáncer?*, *¿Cura si la hay?*, *dudas* de *¿En qué momento apareció?* porque uno tiene todas las medidas de higiene, *uno tiene miedo porque no está uno informado*, miedo también en el caso mío porque ya *tengo familia* tengo todo, *en el matrimonio uno se creas muchas cosas*, sueños, metas, miedo de que *¿En qué momento se puede convertir en cáncer?*, es una *incertidumbre*, la verdad no encuentro las palabras, son tantas las dudas que surgen al mismo tiempo, que por más que yo pregunte a la doctora o me informe creo que nunca voy a terminar de entender *¿En qué momento paso?* y pues ni modo seguir adelante... (E7)

...*Me angustie mucho*, ósea principalmente porque *pensé en mi hija*, porque primero *pensamos en lo malo*, *¿Si me podía suceder algo?*, *¿Si lo tenía avanzado?*, o *¿Por qué?*, en ese momento se *me vinieron a la mente muchas preocupaciones*, fue es *una experiencia mala* para mi yo sentía a veces *ganans de ponerme a llorar* por lo mismo *de no saber que es en realidad lo que tenía*, lo que iba a pasar decía *¿Qué iba a hacer?*, en realidad no tenía ni idea de que era el papiloma si lo había escuchado pero nada más, *no sabía que complicaciones tenía*, yo solo sabía que era malo, pero no sabía *¿Por qué?*, por lo mismo uno no sabe, viene la *angustia* y esas cosas, porque a mí al principio no *me dijeron ¿Si iniciaba?* o *¿Estaba muy avanzado?*,... (E8, 19)

...*Sentí miedo* y *empecé a investigar en internet* y empecé a ver todos los síntomas y todo eso y *empecé a ver cómo iba a evolucionar* las lesiones y todo eso y pues *me asusté porque es algo que se ve feo*, también preocupada porque *me dijo el*

doctor que al noventa por ciento de las mujeres con esto puede darles cáncer y el diez por ciento se puede sanar o algo así, entonces pues la verdad yo tenía miedo de que yo tuviera ese cáncer... (E2, 20)

...Sentí miedo, incertidumbre, pero al mismo tiempo me di cuenta que nosotras mismas como mujeres somos las primeras que nos denigramos porque nos da pena decir lo que tenemos, nos da pena ir al doctor, nos da pena hacernos el Papanicolaou, nos da pena que nos vean sin calzón... (E22)

...Había tenido varias oportunidades de hacerme el Papanicolaou pero la verdad es por miedo, por pena, más que nada eso, no acudía precisamente miedo de que me dijeran que tenía algo, miedo de esto precisamente que me dijeran que estoy mal que tengo una enfermedad y precisamente ese era mi miedo y por eso decía yo no voy, yo no voy, pero ahora como ahora sí que ya tengo que venir porque me dieron cita no hubo de otra... (E29).

Da Silva Marques (2014), Vargas (2014) y González (2014) refieren que las mujeres presentan miedo ante el diagnóstico, por lo que se aíslan al ser juzgadas por sus prácticas sexuales, encubren información sobre su salud, además de la muerte física y sociocultural, la muerte se significa ante otra enfermedad como es el cáncer cervicouterino, comprendiendo la estrecha relación entre virus del papiloma humano y las neoplasias cervicales y de cuello uterino, muerte inesperada comprometiendo el rol materno.

El miedo factor importante para que la mujer decida o no acercarse a un especialista, aunando a la práctica de la sexualidad femenina que sigue siendo un tema tabú en nuestros días, puede generar encuentros íntimos de riesgo, no obstante, son inquietudes y vistas desde su propio ser interior mismas que se acompañan de experiencias previas González (2014).

En comparación con la presente investigación Luna (2014) señala que el miedo está presente en las mujeres desde que deciden acudir a la consulta médica, porque desde su interior saben que no han desarrollado un correcto autocuidado lo cual puede generarse en la aparición de una enfermedad mortal lo vinculan con la desidia y la con vergüenza a mostrarse al desnudo. El miedo no solo se presenta por su bienestar físico, también se basa en el miedo al rechazo social ante estigmas por el desarrollo de conductas fuera de la “moral” y que según Villarroel (2007) de acuerdo a lo postulado por Moscovici permitirán más tarde la construcción de los dos niveles de articulación de las representaciones con lo social: opinión pública y proceso de construcción de representaciones.

Otro autor Wiesner (2009) señala que el miedo viene acompañado de la vergüenza considerando que el VPH se genera de conductas no adecuadas por lo que la información respecto al padecimiento se maneja de manera muy discreta y solo en sus pequeños grupos. Castro (2014) menciona que las mujeres portadoras siempre asisten a consulta a acompañadas por familiares cercanos o amigas por temor frente a la vivencia del hecho desconocido realizando una comparación con el presente estudio se presenta el miedo frente al diagnóstico, a la evolución, a las relaciones sexuales, a otra enfermedad el cáncer cervicouterino y a la muerte.

5.6 “Valor para seguir adelante eso no me va a vencer, la vida sigue”

La enfermedad es vista por las mujeres portadoras como una prueba que hay que superar, no dejarse vencer, la preocupación por la estabilidad de los hijos les genera el valor para seguir adelante, un vínculo con el apoyo que les motivan para establecer cuidados pertinentes. Juega un papel fundamental el rol místico o la creencia en un ser supremo por lo que vuelven algo extraño como cotidiano, dentro de la vida de la mujer portadora las hace tener fortaleza establecer un control de la salud que les asegure permanecer con sus hijos a futuro.

...Aun así **le estoy echando ganas** y sé que por cualquier enfermedad **no me voy a dejar vencer**, más que nada **por mis hijos**, al principio **sentí que era el final**, porque me **llegué a sentir como achicopalada**, por lo mismo de la noticia, pero como me dijo la gente eso no termina aquí, se sigue, si hay salida... (E5)

...Lo único que yo hago es **agradecer a Dios** hasta cierto punto Dios es tan grande que él sabe porque hace las cosas y **si esto es una prueba hay que superarla** no es para retroceder si no para **seguir** entonces es decir que **si Dios tiene preparado esto para mi es decir Dios aquí estoy** y más que nada dar gracias a Dios de la vida que nos da no pensar que tengo esto para **vivir al máximo** disfrutar del día, dicen que la vida hay que disfrutarla al máximo porque nunca sabes y cuando él diga hasta aquí (E21)

...Pues te diré yo tengo bastante tiempo sola y creo que así las mujeres somos más fuertes vemos las cosas de una manera más objetiva, sabemos lo que queremos, tal vez en algún momento **trabajando se obtiene lo que queremos no es necesario tener una pareja a un lado**, a un lado se deprimen más que tú, entonces **sola te haces fuerte** cuando estas solo te haces fuerte en muchas cuestiones tiene uno que **darse valor para asistir a sus citas médicas a hacerse los estudios** y las que tenemos hijos **apoyarnos en nuestros hijos** que también nos apoyan mucho... (E26)

...Creo que **Dios me está dando una nueva oportunidad de salir adelante**, de echarle ganas, entonces no es un impedimento y con esto del virus una mujer no tiene nada de impedimento para salir yo **les digo a las mujeres que no se den por vencidas la vida y sigue y es una segunda oportunidad** que Dios nos da de la cual no nos debemos dejar vencer al contrario **esto es para que nos demos más valor para seguir adelante y es una experiencia de la cual un día vamos a reír** y vamos a decir yo padecí esto y sin embargo gracias a Dios veme...(E19)

...Creo que cuando me entere de la enfermedad **dije quiero ser más de lo que era**, estoy estudiando corte y confección termine dos años y ahorita sigo adelante porque

digo yo quiero ser y aquí no se terminó mi vida, esta enfermedad me hizo valorarla más mi vida gracias a Dios y decir que yo quiero salir adelante un poco más, aquí no se terminó mi vida fue más, ¿Cómo le diré?, más abierta, yo no soy de las que están en casa, yo sé que tengo que levantarme temprano y dejar mis cosas a las dos de la tarde yo voy para afuera, porque soy de las personas que no le gusta estar ahí... (E10)

Dentro del imaginario social los informantes intentan explicar las cuestiones místicas al ser portadora del virus del papiloma humano por lo que esta enfermedad es vista como una prueba para superarla siguiendo la premisa de que Dios tiene preparado esto para ellas Materán (2008), esto se respalda como referente teórico para la investigación cuando la enfermedad surge en momentos de crisis, conflictos y permiten entender la realidad, transforma lo desconocido en algo familiar donde se conjugan creencias, imágenes. Por lo anterior se afirma que la presencia de cuestiones místicas y la percepción de la enfermedad como una prueba o reto es solo la forma en la cual se intenta explicar esta omisión.

El sentido a la presencia de los hijos representa el motor para ser mejor de lo que antes se era, vivir al máximo, ajustes a su vida desde levantarse temprano hasta asistir a citas médicas a razón de que trabajando se obtiene lo que se quiere aun sin la presencia de la pareja, para así posteriormente recordar el hecho de ser portadoras del virus y seguir adelante Barbosa (2013).

Otro estudio Concha (2012) hace referencia al estoicismo/familismo donde lejos de postergar el tratamiento por cumplir el rol asignado dentro de la sociedad soportando el dolor, se facilita la adhesión al tratamiento tal como el que se efectúa en la presente investigación cuando las participantes clave hacen mención de ver a los hijos como un motor que les impulsa a continuar luchando para sobreponerse a la enfermedad decidiendo “vivir al máximo” y “no dejarse vencer”, con lo anterior se

puede destacar que en un momento de crisis y de conflicto como es conocerse portadoras del VPH surge la representación social.

Representación social para la cual se realizan adaptaciones en la función y desempeño de roles, pero también de las responsabilidades tal como el de procreadoras, ajustes que permitan sobrellevar el hecho poco conocido y evitar la disolución familiar, el cumplimiento efectivo por cada uno de los integrantes genera un estímulo en la mujer para continuar con su autocuidado Martin (2004), Barboza (2011), Vargas (2014) y Picón (2009). La motivación también se genera ante figuras religiosas que les brindan esperanza en el futuro, las figuras religiosas permiten darle significado a la realidad de la que son parte y a la vez es visto como “una prueba que hay que superar” o “la oportunidad que Dios les da para seguir adelante”.

5.7 “El despertar del virus con papiloma humano”

Observa la necesidad en los informantes por el autocuidado, esta necesidad surge posterior al miedo de que el virus del papiloma humano “despierte” haciendo referencia a que el virus nuevamente se presente en su organismo, se refiere que el virus se encuentra “dormido” pues se lograron mitigar las lesiones aparentes, no obstante, puede manifestarse nuevamente y para evitarlo se buscan medidas preventivas, desde el imaginario social los informantes conciben el virus del como sinónimo de cáncer.

La sensación de alerta y angustia ante un peligro eminente para mantenerlo da miedo dirigiendo la atención hacia actividades de la vida cotidiana, sin embargo, la angustia se acrecienta de manera inminente donde el cuerpo es objeto de deber y no de placer Vargas (2014).

Mi vida es normal lo que es para mí normal, supuestamente como te dije ya estoy dada de alta **está dormido** pero no sé pensar que se puede volver a despertar, **vivo**

con el miedo, miedo de que vuelva a despertar ¿no? miedo de que vuelva, ahora si yo no sabía que ya teniendo esta enfermedad es de por vida, y pues sí, si me da miedo de que se me vuelva a presentar otra vez, que llegue mucho más que en un inicio, en esa parte si vive uno con miedo pero a tratar de vivirlo tranquila pero sé que me puede volver a dar ese cáncer... (E9, E13)

Yo les daría un consejo a las mujeres que les dicen que tienen el virus , que no hicieran caso de la enfermedad, que tomen su vida rutinaria diaria normal, el trabajo la familia y que todo eso, nos lleva a un mejor término para que no vuelvan a caer en la enfermedad, de una manera más profunda nada más cuidándose sobre todo cuando estén embarazadas como ahora que también estoy embarazada para que no regrese el virus yo tengo que alimentarme bien no subir mucho de peso, dormir bien, hacer ejercicio, entonces son recomendaciones que me han dado a veces es difícil hacer todo eso más en mi caso porque la gente piensa que tienes el virus por cochina, por la ropa interior, por los baños, por tener relaciones con varios hombres que por eso se me pego el virus ... (E22, E26).

Es notable en el inimaginable virus del papiloma humano Da Silva Marques (2005), la necesidad de autocuidado que va desde un sueño reparador hasta las diversas consultas médicas derivada del miedo ante el desarrollo de cáncer cervicouterino. De acuerdo con otros autores Concha (2012), Da Silva Marques (2005) los participantes clave se miran susceptibles o en situación de riesgo a que su enfermedad evolucione a cáncer cervicouterino, es por ello que manifiestan modificaciones en su conducta como autocuidado hacer ejercicio, alimentarse adecuadamente, asistir a las consultas donde a través de procedimientos como la crioterapia cervical, tratamiento para la prevención del cáncer cervicouterino, se evita que el virus despierte.

A los relatos se observa “ya estoy dada de alta está dormido” haciendo referencia a que el virus estará presente en su organismo y únicamente se han establecido medidas para su control, en comparación con González (2014) quien habla del

carente apoyo por parte de profesionales sanitarios hacia las mujeres respecto a la forma de abordar el diagnóstico puesto que no se les explica que este virus puede estar latente hasta por 20 años, la infección puede transmitirse aun sin lesiones visibles, la infección por VPH no se cura, no se abordan tres aspectos (el tratamiento tiene como finalidad eliminar lesiones clínicas pero no al virus, la evolución de las lesiones es variable y las mujeres tienen casi siempre una respuesta inmune exitosa que elimina la infección en el transcurso de los años.

Mora (2002) comenta que Moscovici postuló tres condiciones de emergencia de una representación social: dispersión de la información (conocimiento insuficiente que tienen las participantes clave respecto al VPH, la información viene de segundas fuentes y esta desorganizada se apoya en mitos, creencias, experiencias previas) focalización del sujeto individual o colectivo (juicios de valor emitidos por terceras personas donde se aborda la moral, estigmas y paradigmas universales) y presión al a inferencia del objeto socialmente definido (se cuestiona respecto a la ruptura de dichos paradigmas se pone en juicio el valor de la mujer como ser autónomo e independiente con libertad en la práctica de la sexualidad y no solo como objeto del deber, intervienen factores como el machismo Vargas (2014).

5.8 "La triada del virus"

Los relatos de los informantes establecen la triada una asociación entre virus del papiloma humano cáncer y muerte desde dicha óptica se puede observar la asociación que se establece del proceso de interpretación de la realidad, misma que está fundamentada en valores, roles sociales y necesidades, dentro de su acontecer diario encuentran testimonios de mujeres enfermas, se apoyan de construcciones simbólicas mismas que se crean y se recrean en el curso de la interacción social.

...Ósea en un momento no esperado, no sé pero allá en mi pueblo están falleciendo de cáncer incluso hoy esta tendida una señora de cáncer, entonces cuando le digo yo, que se va uno de volada, es una enfermedad o una muerte rápida, o no se no

sufrió, no le dolió a uno, no nada, pero me he enterado de personas, bueno he escuchado de personas que tuvieron cáncer que los dolores son muy fuertes, que no se controlan por más medicamento no se controlan las radiaciones o no sé qué es lo que le hacen son muy fuertes, las debilitan el sufrimiento que tienen... (E4)

... Cuando te dicen cáncer el miedo es lo primero, entonces para mí la palabra cáncer es muerte y bueno aparte vengo con antecedentes de cáncer, entonces es así desde la palabra cáncer es miedo, lo segundo es los síntomas y lo tercero es el tratamiento es también el miedo a lo desconocido a saber qué es lo que te va a pasar y como te repito la palabra cáncer pues sabemos que es muerte, papiloma pues lo escuchas en todas las mujeres pero dices eso nunca me va a pasar a mí y cuando te pasa a ti es así como nervios, preocupación, temblor, al principio sentí que era el final, porque me llegue a sentir como achicopalada, por lo mismo de la noticia, pero como me dijo la gente eso no termina aquí que se sigue, hay salida... (E5, E25)

...La palabra cáncer es para mí la muerte, pensé que ya no me iba yo a curar, pensaba en el futuro por mis hijos, tengo mucho miedo a la enfermedad y a la muerte, me daba mucho miedo decía yo me voy a morir, me voy a morir había escuchado que a la persona que le daba el virus pues ya era gente mortal porque el virus ya de hecho era para morirse y ya cuando el doctor me dijo esto tiene remedio le van a hacer un cono, le van a hacer esto y todo va a estar bien, me sentí más tranquila porque él no detectar a tiempo una enfermedad nos lleva a la muerte, lo importante es cuidarnos mucho, nosotros primero...(E12, E26)

Una vez establecida dicha triada se hace presente el miedo, encaminado hacia lo desconocido por los síntomas, tratamiento, el propio futuro, pensaba en el futuro por mis hijos, tengo mucho miedo, sin embargo, ante el miedo presente surge la necesidad del cuidado, previenen daños colaterales en su salud Concha (2012). Las mujeres portadoras del virus del papiloma humano ven este diagnóstico como punto de inicio de una alteración más severa como es el cáncer cervicouterino lo que les

genera ansiedad derivado del hecho es considerado como una situación amenazante a la propia vida.

Vargas (2014) se observa que las mujeres diagnosticadas con virus del papiloma humano se sienten sentenciadas a muerte a partir de las implicaciones que con ello conlleva como es sentirse responsables de proveer protección a los hijos en comparación con el presente estudio surge la misma percepción por lo que se hace presente el rol materno y se asume la responsabilidad total del bienestar de los hijos. Otro autor Concha (2012) menciona del término fatalismo al encontrar el VPH como precursor del cáncer cervicouterino por lo que en comparación con la presente investigación se entiende que el cáncer es un hecho que ocurrirá una vez que se tiene el VPH mismo que evolucionara en la muerte.

La triada del virus haciendo referencia a VPH, cáncer y muerte toma mayor relevancia cuando intervienen otros factores como el desconocimiento, experiencias previas, negación al diagnóstico, nihilismo y el anclaje, “cáncer es para mí la muerte, pensé que ya no me iba yo a curar, pensaba en el futuro por mis hijos, tengo mucho miedo a la enfermedad y a la muerte, me daba mucho miedo decía yo me voy a morir, me voy a morir” es solo un ejemplo de llevar el fatalismo de una enfermedad en su máxima dimensión máxima Concha (2012), Luna (2014).

CONCLUSIONES

De acuerdo con lo anterior se llega a la conclusión que dentro del Hospital Perinatal del Estado de México existen mujeres con edad de entre 15 a 49 años con diagnóstico confirmado de VPH quienes una vez conociéndose portadoras de este virus manifiestan emociones como tristeza, asombro, negación, pena, confusión, y coraje a la pareja, con lo anterior surgen cuestionamientos relacionadas con el futuro, la curación y evolución de la enfermedad como es el cáncer cervicouterino y hasta a la propia muerte. Por lo anterior es palpable que se establece una triada entre VPH, cáncer y muerte entendiendo esto como la forma en la que un aspecto no conocido se convierte en familiar.

Visualizarse como mujeres portadoras de VPH es difícil de entender más aun cuando solo se ha tenido una pareja sexual activa, o se está casada por lo que surge el miedo a las relaciones sexuales coitales motivo por el cual se hace presente la necesidad de cuidado. La realidad que se enfrenta requiere apoyarse en valores o roles sociales que desembocan en cuestionamientos como ¿Por qué yo? Resulta trascendente para el profesional de enfermería mantener un pensamiento abierto entendiendo con esto la existencia de diversas cosmovisiones, juicios de valor existentes para con ello comprender que cada sujeto social vive una realidad distinta que se construye y reconstruye durante la interacción social.

El virus es entendido para las mujeres como una cuestión de suerte o azar, se establece un vínculo entre ser portadora de la enfermedad y un ser supremo creador del universo quien ha enviado dicha enfermedad al considerar a la mujer apta para asumir esta “prueba o reto”. Lo anterior permite explicar que los participantes de estudio hacen uso del apoyo espiritual en momentos de crisis existencial como por ejemplo se manifiesta en depositar confianza en seres supremos acompañados de prácticas religiosas, para con ello comprender su realidad actual.

Resulta interesante la relevancia que determinan las mujeres al rol místico o creencia en ser supremo ven en ello un medio de fortaleza para sobreponerse a la enfermedad muchas veces motivadas por continuar con la familia particularmente con sus hijos.

La pareja es para las mujeres portadoras un alentador que minimiza la carga, la compañía del sujeto masculino es concebida por las mujeres como la forma en la cual ellos intentan reparar el daño cometido. Importante es destacar que la mayoría de los sujetos de estudios son individuos inseguros, auto desvalorizados, carentes de ejercer decisiones autónomas mismas que se encuentran a la sombra de la pareja con construcciones simbólicas propias de la sociedad de la que son parte y con las cuales intentan explicar los hechos que les acontecen.

La baja autoestima carencia de seguridad y autonomía manifestada por los sujetos de estudio es visto como una muestra de inferioridad frente al género masculino que le permite a este último convertirse en la principal barrera para su cuidado. Dicha falta de autonomía y valorización les genera a las mujeres desde el imaginario social concebir su cuerpo como no propio, por lo cual la mujer deja en manos de la propia pareja su salud. Lo anterior solo es un ejemplo de la carente existencia de equidad de género.

Una vez conociéndose portadoras del virus del papiloma humano para las mujeres representa un cumulo de emociones entre las que destaca el miedo ante el diagnóstico acompañado del surgimiento de diversas interrogantes respecto al origen de la enfermedad. El miedo también se refiere por el hecho de considerar ser juzgadas ante la sociedad por las prácticas sexuales y a la muerte generada por la relación entre VPH con cáncer, afectando con esto el rol materno. Por lo anterior es palpable la triada generada entre VPH, cáncer y muerte, en la mayoría de las ocasiones respaldadas por construcciones simbólicas que se recrean en la interacción social.

Ante dicho miedo surge también el autocuidado que se manifiesta en pequeños cambios a la vida cotidiana que van desde el sueño reparador, asistencia a consultas, modificar estilos de vida saludables.

SUGERENCIAS

De los resultados obtenidos se consideran los siguientes puntos:

- Referir a la mujer con diagnóstico confirmado de VPH con un psicólogo, profesional de la salud mental especializado que les brinde el apoyo requerido.
- Formar unos grupos de enfoque que permitan reunir a cada una de las mujeres portadoras del VPH para que de este modo su experiencia sea escuchada por otras mujeres y a la misma vez ellas puedan compartir dicha experiencia.
- Que el gobierno del Estado de México se involucre de manera más efímera en la promoción de la prevención de enfermedades de transmisión sexual como es el VPH, por ejemplo, en la difusión por los medios de comunicación incluidas redes sociales.
- Que la Secretaría de Salud asigne una línea directa y sin costo que reciba llamadas telefónicas de mujeres con inquietudes sobre la práctica de su sexualidad y que a la vez les permita identificar situaciones de riesgo.
- Gestionar un curso para el profesional de enfermería con temática de manejo de emociones y sentimientos, esto con la finalidad desarrollar habilidades que les permitan establecer intervenciones con calidad y calidez frente al diagnóstico, la capacitación servirá para un manejo efectivo de las respuestas humanas a la par de reconocer mujeres que manifiesten características de desvalorización, baja autoestima, déficit en la toma de decisiones para con esto establecer medidas de apoyo.

- Gestionar en la Facultad de Enfermería y Obstetricia (UAEM) y otras Escuelas capacitación mediante charlas programadas en grupos vulnerables, más aún en media superior.
- Generar brigadas por parte de la Secretaria de Salud para que profesionales de la Salud visiten las zonas rurales y se difunda la información relacionada con enfermedades de transmisión sexual particularmente VPH.
- Que el Hospital Perinatal del Estado de México por medio de la Coordinación de Enseñanza ofrezca al público en general sesiones informativas al menos una vez por semana de aspectos relevantes del VPH.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Álvarez, A; Sepúlveda, J; Siller, F; (2012). Carcinogénesis inducida por el virus del papiloma humano. *Investigaciones Andina* 24(10) 438-456. Recuperado el 27 de enero de 2016. Disponible: <http://www.scielo.org.co/pdf/inan/v14n24/v14n24a07.pdf>
2. Arellano, M; Castro, M; (2013). El estigma de las mujeres diagnosticadas con VPH, displasia y cáncer cervicouterino en Hermosillo, Sonora. *Estudios Sociales (Hermosillo, Son.)*, 21(42), 259-278. Recuperado el 27 de enero de 2015. Disponible: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=41728341011>
3. Barbosa, A; Vanegas, G; Ángel, G; Niño, J; (2011). Significados asignados por tres mujeres y su sistema familiar al diagnóstico y evolución del virus del papiloma humano. *Revista Vanguardia Psicológica* 1 (2) 107-122. Recuperado el 12 de octubre de 2013. Disponible: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4815125.pdf>
4. Burgos, R; (1997). Sexualidad y Adolescencia: Hacia una educación Integral y Familiar. *Educación y Ciencia* 1(16) 27-33. Recuperado el 17 de noviembre de 2013. Disponible: <http://www.educacionyciencia.org/index.php/educacionyciencia/article/download/117/pdf>
5. Cerón, C; (2013). Estrategia de vacunación contra el VPH. *Rev. Univ. Salud* 15 (1). Recuperado el 12 de septiembre de 2013. Disponible: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S01241072013000100001
6. Castanedo, I; Escaño, V; Rebola, P; (2013). Enfermería y virus del papiloma humano a propósito del caso. *Enfermería Docente* (100) 23-27. Recuperado el 19 de enero de 2013. Disponible: <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/huvvsites/default/files/revistas/ED-100-07.pdf>
7. Castro, M; Arellano, M; (2010). Acceso a la información de mujeres con VPH, displasia y cáncer cervical in situ. *Revista Salud Pública México* (52):207-212. Recuperado el 7 de marzo de 2016. Disponible: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342010000300004

8. Castro, M; Arellano, M; (2014). Redes sociales de apoyo y de género: vivencias sociales de mujeres con VPH, displasias y cáncer cervicouterino. *Revista de estudios de Género. La ventana.* 5(39), 208-240. Fecha de consulta 28 de agosto de 2016. Disponible: <http://www.redalyc.org/pdf/884/88435814009.pdf>
9. Castaño, M; Hurtado, G; (2012). Test de VPH (captura de híbridos II) en pacientes tratadas con radiofrecuencia. *Archivos de Investigación de Materno Infantil* 4(1):13-21. Recuperado el 15 de diciembre de 2013. Disponible: <http://www.medigraphic.com/pdfs/imi/imi-2012/imi121c.pdf>
10. Concha, M; (2007). Diagnóstico y terapias del virus del Papiloma Humano. *Infectología práctica* (24) 209-213. Recuperado el 9 de octubre de 2013. Disponible: <http://www.scielo.cl/pdf/rci/v24n3/art06.pdf>
11. Concha, X; (2012). Creencias y virus papiloma humano. *Revista chilena obstetricia y ginecología*, (77)87-92. Recuperado el 9 de junio de 2013. Disponible: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262012000200002
12. Da Silva Marques, M; Giménez, M; (2005). Percepción de un grupo de mujeres acerca del hecho de ser portadoras del VPH. *Ginecología Obstetricia México* 73 (10), 531-536. Recuperado el 19 de marzo de 2015. Disponible: <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2005/gom0510d.pdf>
13. Defez, A. (2005). ¿Qué es una creencia? *Logos Anales del de Metafísica.* 38:199-221. Recuperado el 17 de noviembre de 2013. Disponible: <https://revistas.ucm.es/index.php/ASEM/article/download/ASEM0505110199A/15904>
14. De Souza, M; (2010). Los conceptos estructurales de la investigación cualitativa. *Salud Colectiva* 6(3):251-261. Recuperado el 5 de diciembre de 2013. Disponible: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=73115348002>
15. Díaz, Y; De Jesús, M; (2013). Costos Directos Médicos del Programa de Prevención de Cáncer Cervicouterino en Bogotá. Trabajo de Grado *Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales.* Recuperado el 23 de Octubre de 2013. Disponible: <http://repository.udca.edu.co:8080/jspui/bitstream/11158/226/1/203744.pdf>
16. Diestro, M; Serrano, M; Gómez-Pastrana F. (2007). Cáncer De cuello uterino Estado actual de las vacunas frente al virus del papiloma humano (VPH). *Oncología* 30(2):42-59. Recuperado el 19 de marzo de 2015. Disponible:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0378352007002200002

17. Escobar, J; Cuervo, A; (2008). Validez de Contenido y Juicio de Expertos: Una aproximación a su utilización. *Avances en medicina* (6) 27-36. Fecha de consulta: 14 de noviembre de 2013. Disponible: http://www.humanas.unal.edu.co/psicometria/files/7113/8574/5708/Articulo3_Juicio_de_expertos_27-36.pdf
18. Ferrá, T; Santana, J; Barreto, G; (2011). La infección por virus del papiloma humano: una revisión del tema. *Revista Archivo Médico de Camaguey* 15(6):1076-1086. Recuperado el 15 de octubre de 2013. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102502552011000600015
19. García, M; Del Castillo, A; Guzmán, R; Martínez, J; (2010) Medición en Psicología: del individuo a la interacción. *Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo*. Fecha de consulta 13 de octubre de 2013. Disponible: http://www.uaeh.edu.mx/investigacion/icsa/LI_EvaluInter/Meli_Garcia/14.pdf
20. García, R; Cortes, A; Vila, L. Hernández, M; Mezquia, A; (2006). Comportamiento sexual y uso del preservativo en adolescentes y jóvenes de un área de salud. *Revista Cubana Medicina General Integral* 22(1). Recuperado el 17 de octubre de 2013. Disponible: http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol22_1_06/mgi03106.htm
21. González, M; (2014). Infección genital por virus del papiloma humano. ¿Cómo abordar el diagnóstico? *Obstetricia y Ginecología Venezuela*. 74(24), 217-221. Recuperado el 17 de marzo de 2015. Disponible: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322014000400001
22. Gutiérrez, C; Báez, C; González, E; Prieto, A; Witlen, R; (2008). Relación costo-efectividad de las Intervenciones preventivas contra el cáncer cervical en mujeres mexicanas, (50):107-118 Recuperado el 27 de enero de 2015. Disponible: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342008000200004
23. Hernández, C; Salinas, A; Cruz, A; Hernández, C; (2014). Conocimientos sobre el virus del papiloma humano (VPH) y aceptación de auto-toma vaginal en mujeres mexicanas. *Rev. Salud Publica* 16 (5):697-708. Fecha de consulta 22 de agosto de 2016. Disponible: <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v16n5/v16n5a05.pdf>

24. Hernández, C; Smith, J; Lorinez, A; Arreola, E; Lazcan, E; (2005). Prevalencia de infección por virus de papiloma humano (VPH) de alto riesgo y factores asociados en embarazadas derechohabientes del IMSS en el estado de Morelos, *Salud Publica México* 47(6), 423-429. Fecha de consulta 9 de junio de 2015 Disponible: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S003636342005000600006&script=sci_arttext
25. Hernández, R; Fernández, C; Bapista, P; (2015). *Libro Metodología de la investigación*, Ciudad de México, México: Mc Graw Hill.
26. Huerta, M; (2000). El estado de ánimo de la mujer durante su ciclo reproductivo. *Red de revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal* (23) 52-60. Fecha de consulta 9 de junio de 2015. Disponible: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58232307>
27. Instituto Bernabeu Medicina Reproductiva. Glosario. Fecha de consulta: 13 de septiembre de 2013. Disponible: <https://www.institutobernabeu.com/es/diccionario-ginecologico/v/coilocitosis/>
28. Instituto de Salud del Estado de México (ISEM). Unidades Médicas. *Secretaria de Salud*. Fecha de consulta 19 de noviembre de 2013. Disponible: http://salud.edomexico.gob.mx/html/umedicasvista3i.htm?cve_clues=MCSSA007673
29. Jáuregui, J; Chávez, N; (2006). Glosario de Biotecnología. Recuperado el 16 de noviembre de 2013. Disponible: https://books.google.com.mx/books?id=iFCVkjTiRqwC&pg=PT1&dq=glosario+de+biotecnologia+jauregui&hl=es-419&sa=X&redir_esc=y#v=onepage&q=glosario%20de%20biotecnologia%20jauregui&f=false
30. Jiménez, L; Juárez, D; Bonero, M; Pazos, L; (2009). El Virus del Papiloma Humano, VPH, Papiloma virus. Cáncer Cervicouterino. *Trabajo de Investigación Universidad Autónoma Metropolitana*: 1-34. Fecha de consulta 9 de junio de 2013. Disponible: [envia.xoc.uam.mx/tid/investigaciones/P/Papiloma%20 mano.doc](http://envia.xoc.uam.mx/tid/investigaciones/P/Papiloma%20mano.doc)
31. Ledón, L; (2011). Enfermedades crónicas y vida cotidiana. *Revista Cubana de Salud Pública* 37(4): 488-499. Fecha de consulta 7 de marzo de 2016. Disponible: http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol_37_04_11/spu13411.htm
32. Leonardo, G; (2004). La definición del concepto de percepción en psicología con base en la teoría de la Gestalt. *Revista de Estudios Sociales*, 18: 89-96.

Fecha de consulta: 23 de octubre de 2013. Disponible:
<https://res.uniandes.edu.co/view.php/375/index.php?id=375>

33. Lizano, M; (2009). Infección por virus del papiloma humano: Epidemiología Historia Natural y Carcinogénesis. (4): 205-216. Fecha de consulta 6 de marzo de 2016. Disponible:
[envia.xoc.uam.mx/tid/investigaciones/P/Papiloma%20 humano.doc](http://envia.xoc.uam.mx/tid/investigaciones/P/Papiloma%20humano.doc)
34. Luna, M; (2014). Posibilidades sociales de prevención de la infección por virus del papiloma humano y de cáncer cervicouterino en San Cristóbal de las Casas Chiapas. *Revista Limina R. Estudios Sociales y Humanísticos* 12(2) 67-80. Fecha de consulta 28 de agosto de 2016. Disponible:
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-80272014000200005
35. Martín, R; (2004) Estadística y Metodología de la investigación. Curso 2004/2005. *Universidad Pontificia de Salamanca*. Recuperado el 4 de enero de 2015. Disponible:
http://www.uclm.es/profesorado/raulmartin/Estadistica_ComunicacionAN%c3%81LISIS%20DE%20CONTENIDO.pdf.
36. Martínez, P; (2003). Concepciones cognitivas del ser humano. *Contrastes Revista Internacional de Filosofía (7):109-122*. Recuperado el 18 de noviembre de 2013. Disponible:
<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/792799.pdf>
37. Materán, A; (2008). Las representaciones sociales: un referente teórico para la investigación educativa Geoenseñanza. *Red de revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal*. 13(2), 243-248. Recuperado el 27 de enero de 2015. Disponible:
<http://www.redalyc.org/pdf/360/36021230010.pdf>
38. Melo, G; Waliszewski, S; (2012). El virus del papiloma humano. *Revista De Divulgación Científica Y Tecnológica De La Universidad Veracruzana*, 7(2). Recuperado el 4 de enero de 2013. Disponible:
<http://www.uv.mx/cienciahombre/revistae/vol22num2/articulos/virus/>
39. Mendoza, L; Arias, M; Pedroza, M; Micolta, P; Ramírez, A; (2012). Actividad sexual en adolescencia temprana: problema de salud pública en una ciudad colombiana. *Revista Chile de Ginecología y Obstetricia*, 77 (4) (271-279) Fecha de consulta: 4 de enero de 2013. Disponible:
<http://www.scielo.cl/pdf/rchog/v77n4/art06.pdf>

40. Meza, M; Mancilla, J; Morales, F; Sánchez, C; Pimentel, D; Carreño, J; (2011). Adaptación psicológica en mujeres con infección por virus de papiloma humano. *Rev. Perinatología y reproducción humana*. 25(1):17-22. Recuperado el 27 de enero de 2016. Disponible: <http://www.medigraphic.com/pdfs/inper/ip-2011/ip1111d.pdf>
41. Mora, M; (2002). La teoría de las representaciones sociales de Serge Moscovici. *Athenea Digital* (2):1-25. Fecha de consulta 28 de agosto de 2016. Disponible: <http://www.raco.cat/index.php/Athenea/article/viewFile/34106/33945>
42. Morales, F; Ojeda, M; (2014). El cuidado espiritual como una oportunidad de cuidado y trascendencia en la atención de Enfermería. *Red de revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal*. 20(3), 94-97. Recuperado el 9 de marzo de 2016. Disponible: <http://www.redalyc.org/pdf/487/48740677005.pdf>
43. Paredes A. (2011). Expresión de los micrnas en el cáncer cervicouterino *Trabajo de Investigación Universidad Veracruzana*: 1-60. Recuperado el 13 de septiembre de 2013. Disponible: <http://cdigital.uv.mx/bitstream/123456789/31004/1/ParedesGallardo.pdf>
44. Pereida de Jesús, A; Santos, M; Mesquita, D; Moura de Arroyo, T; Moura de Arroyo, M; (2014), Percepción de adolescentes embarazadas sobre el virus del papiloma humano: estudio exploratorio. *Ornal Brazilian Journal of Nursing*. ISSN: 1676-425: 634-644. Fecha de consulta 22 de agosto de 2016. Disponible: http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/download/4730/pdf_320
45. Pérez, J; Chacón, S; Moreno, R; (2000). Validez de constructo: el uso del análisis factorial exploratorio-confirmatorio para obtener la validez 12 (2):442-448. Fecha de consulta 23 de octubre de 2013. Disponible: <http://www.psicothema.com/pdf/601.pdf>
46. Pérez, J; Gardey, A; (2012). Definición en línea. Fecha de consulta: 13 de septiembre de 2013. Disponible: <http://definicion.de/percepción/>
47. Picón, M; (2009). Conocimientos Percepciones y Practicas de Mujeres Jóvenes Acerca del Papiloma Virus Humano. *SIT Study Abroad* 10(1) 1-35 Fecha de consulta 17 de septiembre de 2013. Disponible: http://digitalcollections.sit.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1736&context=isp_collection

48. Quintanas, M; (2016). Pedagogía Experiencial o Vivencial: El programa intensivo para jóvenes. *Revista de Educación Social*. (22): 291-30. Fecha de consulta 18 de agosto de 2016. Disponible: <http://www.eduso.net/res/winarcdoc.php?id=701>
49. Quintero, M; (2000). Espiritualidad y afecto en el cuidado de enfermería. Recuperado el 7 de marzo de 2016. Disponible: <http://biblio3.url.edu.gt/Publi/Libros/CyPdeEnfermeria/03.pdf>
50. Real Academia Española; (2014). Misticismo. En *Diccionario de la lengua española (23. a ed.)*. Recuperado el 27 de enero de 2016. Disponible: <http://dle.rae.es/?id=PPbBEFE>
51. Real Academia Española; (2014). Miedo. En *Diccionario de la lengua española (23. a ed.)*. Recuperado el 27 de enero de 2016. Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=PDGS53g>
52. Real Academia Española; (2014). Religión. En *Diccionario de la lengua española (23. a ed.)*. Recuperado el 27 de enero de 2016. Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=VqE5xte>
53. Rivera, R; Aguilera, J; Larraín, A; (2002). Epidemiología Del Virus Papiloma Humano (HPV). *Revista Chilena de Obstetricia*, 67(6): 501-506. Recuperado el 4 de enero de 2015. Disponible: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S07175262002000600013.
54. Robles, B; (2011). La entrevista en profundidad: una técnica útil dentro del campo antropológico. *Cuiquilco*. Fecha de consulta 15 de abril de 2014. Disponible: <http://www.redalyc.org/pdf/351/35124304004.pdf>
55. Rocha, L; (2012). Infecciones de transmisión sexual Papiloma. *Departamento de Microbiología y Parasitología y Parasitología-Recursos en Virología*. Recuperado el 12 de noviembre de 2013. Disponible: <http://www.facmed.unam.mx/deptos/microbiologia/virologia/infecciones-transmision-sexual.html>
56. Rodríguez, M; Fernández, M; Pérez, M; Noriega, R; (2011). Espiritualidad variable asociada a la resiliencia. *Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología* 11(2): 24-49. Fecha de consulta: 23 de agosto de 2016. Disponible: http://www.uelbosque.edu.co/sites/default/files/publicaciones/revistas/cuadernos_hispanoamericanos_psicologia/volumen11_numero2/articulo_2.pdf

57. Ruiz, A; (2014) Entrevista Cualitativa: La conversación como forma de acceso al conocimiento. 1-10. Fecha de consulta 15 de mayo de 2014. Disponible:
http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/39236/Documento_completo.pdf?sequence=1
58. Sanabria, J; (2009). Virus del Papiloma Humano. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Rio*.13 (4). Recuperado el 27 de enero de 2013. Disponible: [http://www.sld.cu/galerías/pdf/sitios/histología/virus del papilomahumanosanabria.pdf](http://www.sld.cu/galerías/pdf/sitios/histología/virus_del_papilomahumanosanabria.pdf)
59. Sanfilippo, B; Ramírez, D; Larios, H; Moreno, M; (2007) Cáncer cervicouterino, *Seminario actual de Medicina*. Recuperado el 27 de enero de 2015. Disponible:http://www.facmed.unam.mx/eventos/seam2k12007/seo_.01_ponencia.html
60. Silva, M; Brain, M; (2006). Validez y Confiabilidad del estudio socioeconómico. *Salud Pública y Trabajo social*. Serie uno. Recuperado el 13 de septiembre de 2013. Disponible: <http://www.revistas.unam.mx/index.php/ents/article/download/20221/19208>
61. Soltero, S; Cerda, R; Cárdenas, V; Guevara, M; Paz, M; (2015) Determinantes sociales de la salud de la OMS en mujeres mexicanas con el virus del papiloma. *Revista Enfermería Herediana*. 8(2):133-141. Recuperado el 7 de marzo de 2016. Disponible: <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/RENH/article/view/2694>
62. Taylor, S; Bogdan, R; (1987). Introducción a los métodos cualitativos de investigación: La búsqueda de significados. Editorial Paidós Básica. 194-216. Fecha de consulta 24 de abril de 2014. Disponible: <http://litteranova.com/online/wp-content/uploads/2016/03/La-entrevista-a-profundidad.pdf>
63. Temache, H. (2014). Preeclampsia Severa Como Factor Predisponente De Hemorragia Postparto Inmediato En Gestantes. Tesis. Universidad Privada Antenor Orrego. Recuperado el 5 de diciembre de 2013. Disponible: http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/544/1/TEMOCHE_H%C3%89CTOR_PREECLAMPSIA_SEVERA_PREDISPONENTE.pdf
64. Valdovinos, S; (2013). Infección por virus del Papiloma Humano. Recuperado el 28 de noviembre de 2013. Disponible: http://cmim.org/educacion-pacientes/Trabajos/infeccion_virus_papiloma.pdf

65. Vargas, E; Quiroz, E; Galicia, L; Villareal, E; (2014). Experiencia vivida de mujeres al ser diagnosticadas con virus del papiloma humano. *Rev. Enferm Inst Mex Seguro Soc.* (22) Recuperado el 27 de enero de 2015. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2014/eim141b.pdf>
66. Vargas, L; (1994). Sobre el concepto de percepción. *Alteridades.* 1994. 4(8) 47-53. Recuperado el 27 de enero de 2013. <http://www.redalyc.org/pdf/747/74711353004.pdf>
67. Vesga, L; (2016). La Sexualidad como directriz para la aplicación en proyectos de diseño gráfico con concepto social, expresados a través del lenguaje de la forma en el proyecto integrador del programa diseño gráfico de la fadp. Recuperado el 23 de noviembre de 2013. Disponible: <http://www.fadp.edu.co/publicaciones/proyinvgraf-13.pdf>
68. Villarroel, G; (2007). Las representaciones sociales: una nueva relación entre el individuo y la sociedad. *Fermentum Merida-Venezuela* –ISSN0798-3069 17(49): 434-454. Fecha de consulta: 23 de agosto de 2016. Disponible: <http://www.redalyc.org/pdf/705/70504911.pdf>
69. Wiesner, C; Acosta, J; Díaz, A; Tovar, S; Salcedo, H; (2009) Efectos psicológicos y sociales que genera la prueba del virus del papiloma humano: un estudio exploratorio. *Rev. Colombia Cancerol* 13(3): 145-156. Fecha de consulta 27 de agosto de 2016. Disponible: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-cancerologia-361-pdf-S0123901509701337-S300>
70. Zapata, O; (2005). *Libro Herramientas para elaborar tesis socieducativas.* Ciudad de México, México: Pax México

ANEXOS

ANEXO 1 CONSENTIMIENTO INFORMADO

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO

FACULTAD DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACION EN PROTOCOLOS

DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA



Lugar y fecha: _____

Por medio de la presente acepto participar en el protocolo de investigación titulado: Percepción de la vida en mujeres con Virus del Papiloma Humano

Registrado ante el Comité Local de Investigación o la CNIC con el número _____

El objeto del estudio es: Narrar la percepción de vida en mujeres infectadas con Virus del Papiloma Humano

Se me ha explicado que mi participación consistirá en: _____

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes: la información recabada será confidencial

El Investigador Responsable se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pueda ser ventajoso para mi tratamiento, así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevaran a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el instituto.

El investigador responsable me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque este pudiera cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

Nombre, firma y dirección del paciente

Rosalinda Guadarrama Pérez

Nombre, firma y dirección del Investigador Responsable

Paseo Tollocan, Col. Universidad,
Toluca Estado de México. CP.5013

Números telefónicos a los cuales puede comunicarse en caso de emergencia, dudas, o preguntas relacionadas con el estudio.

(722)2765540

Nombre, firma y dirección de testigos Este formato constituye solo un modelo que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación y sin omitir información relevante del estudio.

ANEXO 1.1 CONSENTIMIENTO INFORMADO (MUJERES MENORES DE EDAD)



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO

FACULTAD DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA



CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACION EN PROTOCOLOS
DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA

Lugar y fecha: _____

Por medio de la presente acepto participar en el protocolo de investigación titulado: Percepción de la vida en mujeres con Virus del Papiloma Humano

Registrado ante el Comité Local de Investigación o la CNIC con el número _____

El objeto del estudio es: Narrar la percepción de vida en mujeres infectadas con Virus del Papiloma Humano

Se me ha explicado que mi participación consistirá en: _____

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes: la información recabada será confidencial

El Investigador Responsable se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pueda ser ventajoso para mi tratamiento, así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevaran a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el instituto.

El investigador responsable me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque este pudiera cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

Nombre, firma y dirección del paciente

Nombre, firma y dirección de pareja

Paseo Tolloca, Col. Universidad, Toluca Estado de México. CP.5013

Rosalinda Guadarrama Pérez

Nombre, firma y dirección del Investigador Responsable Números telefónicos a los cuales puede comunicarse en caso de emergencia, dudas, o preguntas relacionadas con el estudio.

Nombre, firma y dirección de testigos Este formato constituye solo un modelo que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación y sin omitir información relevante del estudio.

ANEXO 2 GUÍA DE ENTREVISTA



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO

“FACULTAD DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA”

ENTREVISTA A PROFUNDIDAD



OBJETIVO GENERAL: Narrar la percepción de la vida en mujeres infectadas con Virus del Papiloma Humano en el Hospital Perinatal de Estado de México.

INSTRUCCIONES: Conteste las siguientes preguntas que se presentan a continuación.

GUÍA DE ENTREVISTA

Nombre:	Edad:
Lugar de nacimiento:	Religión:
Estado civil:	Nivel académico:
Ocupación:	Inicio de vida sexual activa:
Número de parejas sexuales:	

1.- ¿Cómo se percató que era portadora del virus?

2.- ¿Dónde aparecieron sus lesiones?

3.- ¿Cuáles eran las características de estas?

4.- ¿Qué sintió al saber que tenía el Virus del Papiloma Humano?

5.- ¿Qué opinión tenía respecto al Virus del Papiloma Humano y cuál es su opinión ahora?

6.- ¿Qué significa para usted la vida con Virus del Papiloma Humano?

7.- ¿Cómo vive su vida con el Virus del Papiloma Humano?

8.- ¿Qué les puede decir a las mujeres que no se animan a asistir a las consultas o alguna cuestión que quisiera compartir respecto al virus?

ANEXO 3 TRANSCRIPCIÓN DE ENTREVISTAS

1.- ¿Cómo se percató que era portadora del virus del papiloma humano?

M2: Pues este sentí molestia en la parte vaginal y en la parte del vientre, fui con el doctor del pueblo y ya me dijeron que tenía que hacer un estudio y pues este yo no sabía ni en donde ni como pero el chiste es de que me fui uno de pago que está un poquito más delante de acá y de ahí fui y presente los resultados y allá la enfermera de pueblo me consiguió este lugar de aquí y ya me vine presente mis pruebas todo lo que yo tenía en manos y todos y me mandaron a hacer otros estudios más y pues ya más o menos aquí porque si la verdad estaba muy preocupada

I: ¿Para usted que es preocupada? perdón que la interrumpa

M2: Preocupada por porque me dijo el doctor que al 100 % de las mujeres esto puede al 90 % perdón puede darle cáncer y el 10% se puede sanar o algo así entonces pues la verdad yo tenía miedo de este como se llama yo tuviera ese cáncer pero este gracias a Dios aquí ya me dieron tratamiento y aquí me está diciendo la doctora que siga a pie de esto y hace dos meses que vine va para tres meses que vine me trataron el cuello de la matriz estaba un poco mal manchado como sangre o algo así pero me dice ahorita la doctora que está bien que ya no es necesario que tenga más control y siga a pie todo mis, mis este como se llama, mis consultas y mis estudios que me va a mandar a hacer

I: ¿Cómo define el miedo ya que lo menciona? ¿O qué es para usted el miedo? O ¿Cómo sabe usted que tuvo miedo al decirle eso el doctor del pueblo del 90% de las mujeres sufren cáncer y el 10% se cura?

M2: La verdad este como le iba yo a decir estuvo un poco, como le diré, como que duda y así, pero al momento lo pensé y dije pues igual si puedo tener eso y pues hay que echarle ganas no me queda de otro por mis hijos que tengo y pues ya a lo mejor no viene al caso, pero vino al momento que me desespero no comía de estar pensando las cosas y como que era mucha preocupación por mí y además me baje mucho de peso y pues bueno gracias a Dios aquí estoy.

I: ¿Y por qué llegó a dudar?

M2: Híjole pues como le diré,

I: O ¿Porque llego a pensar eso como incierto?, ¿Cómo que no era real?, bueno así es como le voy entendiendo

M2: A ja, híjole eso es lo que yo no sabría contestarle muy bien

I: Bueno, pero ¿A usted le extraño el resultado?

M2: Pues si verdad si porque siempre desde que tuve a mis hijos yo nunca pase esta situación ahorita lo que estoy pasando, tuve a mis hijos pero pues en ningún hospital así los tuve en mi casa así como perrito, y pues la verdad no fue necesario que fuera a un hospital y así a checar o a verse que es lo que tienen, a lo mejor no había ese tiempo pero pues ahorita pues adelante pues hay muchas cosas pero ¿Cómo te diré? para hacerlo, hay esa oportunidad, entonces no nos queda de otra pues ha hacharle ganas

I: Claro

I: ¿Y usted antes había escuchado del virus, no ahí en su comunidad ya había escuchado?

M2: Este no la verdad no por eso me extraño que me dijera eso el doctor y la verdad pues yo dije ¿Qué será? ¿Qué será? pues yo tenía esa duda a y sigo teniendo esa duda, pero veo ahorita que veo, vengo aquí me checan y ¿Cómo le digo? en la camarita ya lo veo ahí y luego a veces me han platicado una de las compañeras de trabajo: - es que si te vas uno de estos de que te vas a revisar-, -o a consulta que tú quieres ver tu cuerpo pues puedes ir- pero yo dije hay que raro como mujer y estando así pues un doctor pues ¿Cómo va a hacer? pero estando así con la doctora me dio mucha confianza y si

I: ¿Y porque cree usted que, así como mujer que sintió desconfianza que estando un hombre como doctor?

M2: Pues a lo mejor ¿Cómo le diré?, pues solamente con su pareja así, pero pues con otro estando exhibiéndote así pues como que no, no se

I: ¿Que le daba a usted?

M2: Me daba este ¿Cómo se llama?, me daba pena, más bien, principalmente la pena y de ir como que mucho miedo

I: Y para usted ¿Cómo define la pena o que es la pena?

M2: Como haz de cuenta como que no te gustaría que te conocieran tu parte íntima ¿no?, como solo tu pareja que le gustaría que lo conociera y pues este eso es

I: Cuando fue ahí con el doctor del pueblo ¿Les comento a sus amigas a sus compañeras las que le habían dicho que si quería fuera o no les comento nada?

M2: No fíjese que no, no les comenté nada porque en ese tiempo yo no tenía amigas pues gracias a Dios que ya tuve mi trabajo y pues más o menos ya este ¿Cómo le diré? ya tengo compañeras de trabajo a veces platicamos cosas de mujeres y así, pero hasta ahí nada mas

I: Y este bueno antes de continuar con otra pregunta

I: Así cuando estaba sin tener otro tipo de pareja ¿Ya había escuchado de este virus, en la televisión? ¿En el radio? ¿Platica con familiares?

M2: No no no, como que no había habido ningún comentario, pero como que si ahorita se está ¿Cómo le iba a decir yo? se está conociendo más este del viru, que hace varios años

I: ¿Cómo que ahora está más destapado por así decirlo?

M2: Aja si, así

2.- ¿Dónde aparecieron sus lesiones?

M2: En el cuello de la matriz, al principio esto cuando yo descubrí esto lo del cuello de la matriz lo tenía yo como natita y por eso fue lo que no le gusto al doctor y fue cuando me dijo que al 90 % las mujeres podrían tener cáncer así

I: ¿Y usted entonces lo llevo a ver en la camarita? o ¿Le dijo que parecía eso el doctor?

M2: No, en la camarita, como le digo **yo** lo vi cuando me vine a hacer los estudios, el doctor del pueblo no me reviso, nada más mando a hacer unos estudios y haber depende eso de lo que me traiga los resultados, y yo, yo ya se en que plaza lo puedo

recibir ya sea aquí en Atlacomulco o en Toluca y pues ya gracias a Dios la doctora me consiguieron esta plaza y pues ya me vine para acá.

3.- ¿Cuáles eran las características de estas?

M2: Al principio cuando yo andaba con mis días, así le voy a decir, como mis días, pues la verdad como que la parte de mi vientre me dolía mucho era insoportable y este pues la verdad no había frío pero como que por mi parte yo sentía como que mucho frío, insoportable yo misma y pues la verdad esto ya fui y le platique al doctor y ya le dije que ¿Qué era? como este ¿Cómo a que se debían esos síntomas? y pues me dijo a ver vamos a checarlo y eso fue lo que ya me dijeron de todo eso de las esas del cuello de la matriz

I: ¿Cómo insoportable porque dice eso?

M2: Porque este ¿Cómo le diré? como que querías que nadie te molestara cuando me hablaban haz de cuenta como que me ponía de malas pues yo decía pues yo no soy así, yo no sé a qué se deba mi cambio

I: ¿Y qué le decían los demás?

M2: Tienes otro carácter de dos tres días para acá y vuelves a la normalidad, pero este, yo decía no sé, no sé a qué se debe, pero este ya yo ya me daba cuenta de mis días que terminaban ya se normalizaba mi vida normal

I: ¿Y el frío que sentía seguía?

M2: Pues este si poco a poco como que se me va quitando, digamos por ejemplo termina hoy mis días y un día después se me quitaba eso

I: Y por ejemplo de esas como “natitas” que usted dice que pudo ver en esa camarita ¿Entonces en su vagina nunca llevo a sentir nada ni a ver algo?

M2: No, nunca llevo a verlo nada más por la camarita

I: ¿Pero entonces nunca le salió como un lunar alguna verruguita?

M2: No, no nada, solo en la camarita lo vi

I: ¿Y en ese momento no les comento a sus amigas o alguna pareja que tuviera sobre su malestar lo que usted sentía?

M2: Pues si a lo mejor a mi pareja lo comenté, pero me dijo a lo mejor es normal, y yo me preguntaba, pero ¿Por qué normal? Pero pues ya me daba cuenta de las cosas que pasaban, por eso

I: ¿Pero entonces él se mostró como indiferente?

M2: si como que no le importaba

4.-: ¿Qué sintió al saber que tenía el virus del papiloma humano?

M2: Pues en ese momento dije pues yo nada más estoy en las manos de Dios ¿no? solamente confió en él, pensé solo en el me apoyare, en el seguiré adelante y si él me dice que hasta aquí llegue, hasta aquí llegue.

I: ¿En ese momento cuando usted vio las esas como “natitas” fue ahí cuando le confirmaron el diagnóstico? o ¿Fue hasta que llevo acá?

M2: Pues si fue cuando ya me confirmaron el diagnóstico y ya de ahí me pasaron para acá

I: ¿Todo esto ya cuanto tiempo tiene?

M2: Tiene, ya va para 2 años

I: 2 años y después cuando llego a acá ¿Le volvieron a decir?

M2: Si está bien, yo acá vi en la camarita y pues ya dije ¿Qué hare para que pueda normalizar esto?, pues solamente ya la doctora me dio pastillas y óvulos para ver si se esté ¿Cómo le iba a decir yo? si se quitaban

I: Pero tuvo que seguir con más tratamiento

M2: Este si

5.- ¿Qué opinión tenía sobre el virus del Papiloma Humano y cuál es su opinión ahora?

M2: Al momento de esto yo no sabía, **pero** pues ahorita de lo que he llegado a sacar, y pues si se un poquito más de la mujer y de la enfermedad y que hay que cuidarnos y para ver también a que ¿Cómo le diré? ¿A qué frecuentamos?

I: Entonces ¿Usted creé que también influye para poder venir a hacer un chequeo general el conocimiento que tenga la mujer?

M2: mmm si

I: ¿Y cree que se vea influida por las ideas que me comentaba: que si es hombre no voy si es mujer si voy?

M2: Pues este siempre hay que saber un poco más de la enfermedad de la mujer pues ya, aunque sea la pena con el doctor pues ya, aunque te chequen pues ya no importa así la vergüenza lo importante es que te diga que estas sana de tu matriz

I: ¿En su comunidad cree que tenga que ver mucho todavía esto que me comentaba?, porque usted pues ya cambió, pero en un momento dado lo llego a pensar eso

M2: Pues ahora sí, que en el pueblo pues a lo mejor pensaran, así como yo lo veo, pero viéndolas las cosas o viendo o que platique ya sea doctor o doctora que salga adelante con la enfermedad ¿no?

I: Si claro, ¿Y usted hasta cuando cambio esa forma de pensar?

M2: Pues viéndola, ¿Cómo le diré?, viendo lo que tienes a pesar de que no lo puedas creer al mismo tiempo si porque solamente en las manos del doctor puedes curarte, o irte con otro o te esperas hasta que, ¿Cómo lo iba a decir yo?, que te esperes hasta que un vecino una vecina que te diga: -sabe que vaya y que te chequen pues no, a la vecina le da igual si te compones o no te compones

I: ¿Y por qué usted no llego a creerlo?

M2: Pues porque al principio yo no sabía de la parte del cuello de mi matriz, eso es lo que yo dudaba, pero ahorita ya conociendo un poco más ya se lo que se tiene que cuidar o este se tiene que proteger para no dañar más de lo que ya está dañado

I: ¿Y ahora ya sabe?, ¿Por qué es que se da el virus?

M2: Si en eso sí, si en eso si tienen razón tengo que cuidarme porque si se da el virus o así, será porque nosotros por pena no nos este ¿Cómo se llama?, por pena que no nos revisemos

I: Le dijo el doctor o la doctora que ¿Por qué se daba?

M2: hijoles este ya no me acuerdo

I: Si, pero pues recuerde que es por múltiples parejas sexuales, porque a lo mejor tenemos varias parejas y nosotras nos cuidamos, pero no sabemos con qué parejas estuvieron nuestras mismas parejas

M2: sí

I: Y por eso es que uno se puede contagiar. Regresando a lo que decíamos que si es hombre o mujer la doctora ¿Cree que influye un poco la religión con el hecho de que vengan las mujeres a consulta o a algún chequeo?

M2: hijoles pues yo digo que no, porque sea del templo o de la católica son iguales es del mismo Dios, lo que pasa es que los del templo no creen en la virgen María porque ¿Cómo le iba a decir yo?

I: No se preocupe

M2: ellos no creen en la virgen María porque solo hay un solo Dios que es Jesús, es el único ellos que creen, pero si se da cuenta en la católica y en esto del templo es igual

I: ¿Pero por ejemplo cree que hay en el templo o en la iglesia católica les digan que no acudan? ¿Por qué es como un pecado?

M2: Yo digo que no, no es un impedimento la religión para que las mujeres se chequen, sepan un poquito más de su cuerpo que es lo que tienen por ejemplo de lo que me decía usted del virus del papiloma humano y como de uno de pueblo no se sabe mucho pero un poquito de ciudad pues sí, así ya podían conocer un poco de más, porque como dicen por ahí gente de pueblo son ignorantes y que no se dan a respetar pues la verdad ¿Cómo le iba yo a decir? Así son la gente de pueblo

I: ¿Y cree que también influya un poco la compañía o apoyo que tengan de su pareja?

M2: Siempre y cuando yo digo que la pareja que se apoyen uno a la otra, bueno eso es lo que yo digo. Es lo que yo digo y veo, pero pues no sé, hay unas parejas que ¿Cómo le diré? este celosos, este, que no les gusta

I: ¿Qué es para usted que su pareja sea celosa? ¿Celoso?

M2: Celoso supongamos yo, ¿Cómo le diré?, vuelvo a lo mismo: la pareja tiene que estar 100% confianza uno al otro eso es lo que yo veo ¿no?, pero si no está a ¿Cómo le diré? al 10 por 5 al otro, que no se emparejan, no llegan ni aun acuerdo ni adelante con las cosas, por eso hay muchos divorcios por eso yo digo que supongamos se casan por la iglesia dicen que se juran amor eterno hasta que la muerte los separe y yo digo que así debe de ser, para que se entiendan.

I: En su casa ¿Su pareja no fue celoso de que viniera?

M2: No, él 100% me apoya y hay esa confianza entre yo y el para qué le platique

I: Y ahora ¿Qué le dice de que viene a sus consultas?

M2: Pues no, cuando le digo que vengo lo toma muy tranquilo, me dice depende lo que tengas, lo que te diga la doctora y pues échale muchas ganas. Eso es lo único que él me dice.

I: Pero otra cosa ya no, ¿No le pregunta el por su tratamiento?

M2: No nada y pues ahorita últimamente no me han dado tratamiento, me esta iyendo muy bien y hasta ahorita es lo que me decía la doctora que me va a tener bajo control que, sin nada, pero que si acaso seguían las manchitas lo que yo le decía y todo había que meterme a cirugía.

I: La relación que ha tenido con su pareja no sé, en la intimidad ¿Se ha modificado un poco? O ¿Cómo que ya no están mucho tiempo juntos?, o ¿Si conviven? ¿Se ha modificado un poco?

M2: Pues ahorita últimamente ahorita, él trabaja y yo trabajo también, este el, ahorita hemos separado un poquito, de la como se llama, eso sí nos vemos cada fin de semana, este ¿Cómo se llama?, de la sexualidad hay me la llevo poco a poco también tranquilo, ya me cuido un poquito mas

I: ¿Y él no se enoja?, o ¿Se opone a que se cuide un poquito más?

M2: Pues fíjese que hablando con él se entiende, pero pues si no habla uno con él pues ¿Cómo?, y él me dice; - ¿Pues sabes qué? Pues fíjate, cuídate eso es lo que no quiero para ti, y pues la verdad si decimos que nos queremos si nos casamos y la verdad nos juramos amor eterno, hasta aquí Dios dice nos juramos amor eterno y uno de los dos, pues hasta aquí.

6.- ¿Qué significa para usted la vida con virus del papiloma humano?

M2: Pues fíjese que, a lo mejor a la vez, si te cambia un poco la vida, pero pues sabiendo un poquito más de lo que tienes pues no te queda de otro, más que tienes que irte a tus citas cada vez que te las dan o todos los estudios que te mandan a hacer seguirlos al pie de la letra como te mandan

I: ¿Por qué decidió modificar un poco su vida?

M2: Ósea porque pues hijoles ¿Qué será? a lo mejor de joven no lo conocí, pero de vieja lo voy a saber un poco más, de mi cuerpo saber qué es lo que hay, saber que se puede cuidar que se puede quitar a tiempo, a tratar de rescatar lo que se pueda

I: ¿Entonces para usted cambio un poco su vida a como era antes?

M2: Pues sí, si cambio un poco la vida, pero pues ya sabiendo un poco de lo que tengo, ya estoy aquí

I: ¿Y su carácter se modificó?

M2: Pues un poco, un poco, pero pues a la vez me pongo a pensar que tengo que llegar a la etapa de este ¿Cómo se llama?, de la menopausia pues también volveré a cambiar de vida otra vez, pero es otra etapa más en mi vida, ya habré recibido un poquito más de atención, ya sabré un poco más y otra etapa en mi vida ya sabré cuales son los síntomas

I: Claro ya sabrá cuales son los síntomas, determinar tal vez que ese dolor no es normal

M2: a ja si

I: ¿Cree usted que para las mujeres sea un cambio drástico tener esta enfermedad?

M2: Pues la verdad a mí me gustaría que lo conocieran un poco más para que conocieran los síntomas y saber ¿Si hay solución?

7.- ¿Cómo vive su vida con el Virus del Papiloma Humano?

M2: Pues hijoles ya es un poco cansancio para mí, la verdad, me levanto, me persino primeramente Dios, estoy en las manos de Dios hoy este día y a ver ¿Qué

pasa vale?, empezare con alegría y para terminar con alegría. A veces un poco cansancio, pero pues es normal

I: ¿Es un poco cansado por qué? ¿Desde que tenía la enfermedad?

M2: Pues la verdad será por que como trabajo en casa es desde temprano, desde temprano 7:30 es subir y bajar, subir y bajar todo el día, y le digo a la doctora- ¿Ese no es ejercicio? Y me dice: -No, ese no es ejercicio. Pero pues ejercicio porque no solo es una vez, es subir y bajar, subir y bajar y así.

I: Y ¿termina hasta tarde?

M2: A las dos de la tarde

M2: Luego llegan a comer, recoger todo y todo eso

I: Luego su casa

I: ¿Entonces de sueño no duerme mucho?, ¿A qué hora se va a dormir?

M2: A las 9-10 de la noche, después levantarme a bañar a las 5: 00 am

I: Entonces no duerme mucho porque tiene que trabajar a levantarse temprano. Y en la comida comer en la medida posible comer frutas verduras proteínas ¿Qué le han dicho de eso?

M2: La doctora dice que coma muy bien y haga ejercicios. También estoy viendo otra doctora de allá en México me mando unas vitaminas, pero tiene más de 20 días que no las he comprado

I: Bueno, pero ya las va a comprar

M2: Ya las voy a comprar ahora saliendo de aquí porque ya me explico la doctora y pues ahorita por el frio que está haciendo, cuidarme de la gripa bueno un poquito de todo

I: Entonces ahora se cuida un poco más

M2: Si un poco más, antes me daba igual si o no dormía, pero pues hay que preocuparse un poco mas

I: ¿Qué les puede decir a las mujeres que no se animan a asistir a las consultas, o alguna cuestión que quisiera compartir respecto al virus?

M2: Realicen el Chequeo general del Papanicolaou porque la verdad es importante, eso sería todo

ANEXO 4 TÉCNICA DE COLORIMETRÍA

1.- ¿Cómo se percató que era portadora del virus del papiloma humano?

M2: Pues este sentí molestia en la parte vaginal y en la parte del vientre, fui con el doctor del pueblo y ya me dijeron que tenía que hacer un estudio y pues este yo no sabía ni en donde ni como pero el chiste es de que me fui uno de pago que está un poquito más delante de acá y de ahí fui y presente los resultados y allá la Enfermera de pueblo me consiguió este lugar de aquí y ya me vine presente mis pruebas todo lo que yo tenía en manos y todos y me mandaron a hacer otros estudios más y pues ya más o menos aquí porque si la verdad estaba muy preocupada

I: ¿Para usted que es preocupada? perdón que la interrumpa

M2:Preocupada por porque me dijo el doctor que al 100 % de las mujeres esto puede al 90 % perdón puede darle cáncer y el 10% se puede sanar o algo así entonces pues la verdad yo tenía miedo de este como se llama yo tuviera ese cáncer pero este gracias a Dios aquí ya me dieron tratamiento y aquí me está diciendo la doctora que siga a pie de esto y hace dos meses que vine va para tres meses que vine y me trataron el cuello de la matriz estaba un poco mal manchado como sangre o algo así pero me dice ahorita la doctora que está bien que ya no es necesario que tenga más control y siga a pie todo mis, mis este como se llama, mis consultas y mis estudios que me va a mandar a hacer

I: ¿Cómo define el miedo ya que lo menciona? ¿O qué es para usted el miedo? O ¿Cómo sabe usted que tuvo miedo al decirle eso el doctor del pueblo del 90% de las mujeres sufren cáncer y el 10% se cura?

M2: La verdad este como le iba yo a decir estuvo un poco, como le diré, como que duda y así, pero al momento lo pensé y dije pues igual si puedo tener eso y pues hay que echarle ganas no me queda de otro por mis hijos que tengo y pues ya a lo mejor no viene al caso, pero vino al momento que me desespero no comía de estar pensando las cosas y como que era mucha preocupación para mí y además me baje mucho de peso y pues bueno gracias a Dios aquí estoy.

I: ¿Y por qué llegó a dudar?

M2: Híjole pues como le diré,

I: O ¿Por qué llevo a pensar eso como incierto?, ¿Cómo que no era real?, bueno así es como le voy entendiendo

M2: A ja, híjole eso es lo que yo no sabría contestarle muy bien

I: Bueno, pero ¿A usted le extraño el resultado?

M2: Pues si la verdad si me extraño porque siempre desde que tuve a mis hijos yo nunca pase esta situación ahorita lo que estoy pasando, tuve a mis hijos pero pues en ningún hospital así los tuve en mi casa así como perrito, y pues la verdad no fue necesario que fuera a un hospital y así a checar o a verse que es lo que tienen, a lo mejor no había ese tiempo pero pues ahorita pues adelante pues hay muchas cosas pero ¿Cómo te diré? para hacerlo, hay esa oportunidad, entonces no nos queda de otra pues ha hacharle ganas

I: Claro

I: ¿Y usted antes había escuchado del virus con anterioridad?

M2: Este **no la verdad nada había escuchado del virus** por eso me extraño que me dijera eso el doctor y la verdad pues yo dije ¿Qué será? ¿Qué será? pues yo tenía esa duda a y sigo teniendo esa duda, pero veo ahorita que veo, vengo aquí me checan y ¿Cómo le digo? en la camarita ya lo veo ahí y luego a veces me han platicado una de las compañeras de trabajo: - es que si te vas uno de estos de que te vas a revisar-, -o a consulta que tú quieres ver tu cuerpo pues puedes ir- pero yo dije hay que raro como mujer y estando así pues un doctor pues ¿Cómo va a hacer? pero estando así con la doctora me dio mucha confianza y si

I: ¿Y porque cree usted que, así como mujer que sintió desconfianza que estando un hombre como doctor?

M2: Pues a lo mejor ¿Cómo le diré?, pues solamente con tu pareja así, pero pues con otro, estando exhibiéndote así, pues como que no, no se

I: ¿Que le daba a usted?

M2: Me daba este ¿Cómo se llama?, me daba pena, más bien, principalmente la pena y de ir como que mucho miedo

I: Y para usted ¿Cómo define la pena o que es la pena?

M2: Como haz de cuenta como que no te gustaría que te conocieran tu parte íntima ¿no?, como solo tu pareja que le gustaría que lo conociera y pues este eso es

I: Cuando fue ahí con el doctor del pueblo ¿Les comento a sus amigas a sus compañeras las que le habían dicho que si quería fuera o no les comento nada?

M2: No fíjese que no, no les comenté nada porque en ese tiempo yo no tenía amigas pues gracias a Dios que ya tuve mi trabajo y pues más o menos ya este ¿Cómo le diré? ya tengo compañeras de trabajo a veces platicamos cosas de mujeres y así, pero hasta ahí nada mas

I: Y este bueno antes de continuar con otra pregunta

I: Así cuando estaba sin tener otro tipo de pareja ¿Ya había escuchado de este virus, en la televisión? ¿En el radio? ¿Platica con familiares?

M2: No no no, como que no había habido ningún comentario, pero como que si ahorita se está ¿Cómo le iba a decir yo? se está conociendo más este del viru, que hace varios años

I: ¿Cómo que ahora está más destapado por así decirlo?

M2: Aja si, así

2.- ¿Dónde aparecieron sus lesiones?

M1: En la matriz,

I: ¿Usted las llevo a ver?

M1: Si

I: Nos puede hablar un poco de eso, ¿cómo eran?

M2: En el cuello de la matriz, al principio de esto cuando yo descubrí esto lo del cuello de la matriz lo tenía yo como natita y por eso fue lo que no le gusto al doctor y fue cuando me dijo que al 90 % las mujeres podrían tener cáncer así

I: ¿Y usted entonces lo llevo a ver en la camarita? o ¿Le dijo que parecía eso el doctor?

M2: No, en la camarita, como le digo **yo** lo vi cuando me vine a hacer los estudios, el doctor del pueblo no me reviso, nada más mando a hacer unos estudios y haber depende eso de lo que me traiga los resultados, y yo, yo ya sé en qué plaza lo puedo recibir ya sea aquí en Atlacomulco o en Toluca y **pues ya gracias a Dios las doctoras me consiguieron esta plaza y pues ya me vine para acá.**

3.- ¿Cuáles eran las características de estas?

M2: Al principio cuando yo andaba con mis días, así le voy a decir, como mis días, pues la verdad como que la parte de mi vientre me dolía mucho, era insoportable y este pues la verdad no había frio pero como que **por mi parte yo sentía como que mucho frio**, insoportable yo misma y pues la verdad este ya fui y le platique al doctor y ya le dije que **¿Qué era? como este ¿Cómo a que se debían esos síntomas? y pues me dijo a ver vamos a checarlo** y eso fue lo que ya me dijeron de todo eso de las esas del cuello de la matriz

I: ¿Cómo insoportable porque dice eso?

M2: Porque este **¿Cómo le diré? como que querías que nadie te molestara cuando me hablaban haz de cuenta como que me ponía de malas pues yo decía pues yo no soy así, yo no sé a qué se deba mi cambio**

I: ¿Y qué le decían los demás?

M2: Tienes otro carácter de dos tres días para acá y vuelves a la normalidad, pero este, yo decía no sé, no sé a qué se debe, pero este ya **yo ya me daba cuenta de mis días que terminaban ya se normalizaba mi vida normal**

I: ¿Y el frio que sentía seguía?

M2: Pues este si **poco a poco como que se me va quitando**, digamos por ejemplo **termina hoy mis días y un día después se me quitaba eso**

I: Y por ejemplo de esas como “natitas” que usted dice que pudo ver en esa camarita ¿Entonces en su vagina nunca llego a sentir nada ni a ver algo?

M2: No, **nunca llegue a verlo nada más por la camarita**

I: ¿Pero entonces nunca le salió como un lunar alguna verruguita?

M2: No, **no nada, solo en la camarita lo vi**

I: ¿Y en ese momento no les comento a sus amigas o alguna pareja que tuviera sobre su malestar lo que usted sentía?

M2: **Pues si a lo mejor a mi pareja lo comenté, pero me dijo a lo mejor es normal, y yo me preguntaba, pero ¿Por qué normal?, pero pues ya me daba cuenta de las cosas que pasaban, por eso**

I: ¿Pero entonces él se mostró como indiferente?

M2: si **como que no le importaba**

4.-: ¿Qué sintió al saber que tenía el virus del papiloma humano?

M2: Pues en ese momento dije pues yo nada más estoy en las manos de Dios ¿no? solamente confié en él, pensé solo en él me apoyare, en el seguiré adelante y si él me dice que hasta aquí llegue, hasta aquí llegue.

I: ¿En ese momento cuando usted vio las esas como “natitas” fue ahí cuando le confirmaron el diagnóstico? o ¿Fue hasta que llego acá?

M2: Pues si fue cuando ya me confirmaron el diagnóstico y ya de ahí me pasaron para acá

I: ¿Todo esto ya cuanto tiempo tiene?

M2: Tiene, ya va para 2 años

I: 2 años y después cuando llego a acá ¿Le volvieron a decir?

M2: Si está bien, yo acá vi en la camarita y pues ya dije ¿Qué hare para que pueda normalizar esto?, pues solamente ya la doctora me dio pastillas y óvulos para ver si se esté ¿Cómo le iba a decir yo? si se quitaban

I: Pero tuvo que seguir con más tratamiento

M2: Este si

5.- ¿Qué opinión tenía sobre el virus del Papiloma Humano y cuál es su opinión ahora?

M2: Al momento de esto yo no sabía, pero pues ahorita de lo que he llegado a sacar, y pues si se un poquito más de la mujer y de la enfermedad y que hay que cuidarnos y para ver también a que ¿Cómo le diré? ¿A qué frecuentamos?

I: Entonces ¿Usted creé que también influye para poder venir a hacer un chequeo general el conocimiento que tenga la mujer?

M2: mmm si

I: ¿Y cree que se vea influida por las ideas que me comentaba: que si es hombre no voy si es mujer si voy?

M2: Pues este siempre hay que saber un poco más de la enfermedad de la mujer pues ya, aunque sea la pena con el doctor pues ya, aunque te chequen pues ya no importa así la vergüenza lo importante es que te diga que estas sana de tu matriz

I: ¿En su comunidad cree que tenga que ver mucho todavía esto que me comentaba?, porque usted pues ya cambio, pero en un momento dado lo llego a pensar eso

M2: Pues ahora sí, que en el pueblo pues a lo mejor pensarán, así como yo lo veo, pero viéndolas las cosas o viendo o que platique ya sea doctor o doctora que salga adelante con la enfermedad ¿no?

I: Si claro, ¿Y usted hasta cuando cambio esa forma de pensar?

M2: Pues viéndola, ¿Cómo le diré?, viendo lo que tienes a pesar de que no lo puedas creer al mismo tiempo si porque solamente en las manos del doctor puedes curarte, o irte con otro o te esperas hasta que, ¿Cómo lo iba a decir yo?, que si te esperes hasta que un vecino o una vecina que te diga: -sabe que vaya y que te chequen pues no, a la vecina le da igual si te compones o no te compones

I: ¿Y por qué usted no llego a creerlo?

M2: Pues porque al principio yo no sabía de la parte del cuello de mi matriz, eso es lo que yo dudaba, pero **ahorita ya conociendo un poco más ya se lo que se tiene que cuidar o este se tiene que proteger para no dañar más de lo que ya está dañado**

I: ¿Y ahora ya sabe?, ¿Por qué es que se da el virus?

M2: Si en eso sí, si en eso si tienen razón tengo **que cuidarme porque si se da el virus o así, será** porque nosotros por pena no nos este ¿Cómo se llama?, **por pena que no nos revisemos**

I: Le dijo el doctor o la doctora que ¿Por qué se daba?

M2: Hijoles este ya no me acuerdo

I: Si, pero pues recuerde que es por múltiples parejas sexuales, porque a lo mejor tenemos varias parejas y nosotras nos cuidamos, pero no sabemos con qué parejas estuvieron nuestras mismas parejas

M2: Sí

I: Y por eso es que uno se puede contagiar. Regresando a lo que decíamos que si es hombre o mujer la doctora ¿Cree que influye un poco la religión con el hecho de que vengan las mujeres a consulta o a algún chequeo?

M2: hijoles pues **yo digo que no, porque sea del templo o de la católica son iguales es del mismo Dios**, lo que pasa es que los del templo no creen en la virgen María porque ¿Cómo le iba a decir yo?

I: No se preocupe

M2: ellos no creen en la virgen María porque solo hay un solo Dios que es Jesús, es el único ellos que creen, pero si se da cuenta en la católica y en esto del templo es igual

I: ¿Pero por ejemplo cree que hay en el templo o en la iglesia católica les digan que no acudan? ¿Por qué es como un pecado?

M2: Yo digo que no, **no es un impedimento la religión para que las mujeres se chequen, sepan un poquito más de su cuerpo que es lo que tienen por ejemplo de lo que me decía usted del virus del papiloma humano y como de uno de pueblo no se sabe mucho, pero uno de ciudad pues sí, así ya podían conocer un poco de más, porque como dicen por ahí gente de pueblo son ignorantes y que no se dan a respetar pues la verdad ¿Cómo le iba yo a decir? Así son la gente de pueblo**

I: ¿Y cree que también influya un poco la compañía o apoyo que tengan de su pareja?

M2: **Siempre y cuando yo digo que la pareja que se apoyen uno a la otra, bueno eso es lo que yo digo. Es lo que yo digo y veo, pero pues no sé, hay unas parejas que ¿Cómo le diré? este celosos, este, que no les gusta que estén viendo así, con el doctor**

I: ¿Qué es para usted que su pareja sea celosa? ¿Celoso?

M2: Celoso supongamos yo, ¿Cómo le diré?, vuelvo a lo mismo: la pareja tiene que estar 100% confianza uno al otro eso es lo que yo veo ¿no?, pero si no está a ¿Cómo le diré? al 10 por 5 al otro, que no se emparejan, no llegan ni aun acuerdo ni adelante con las cosas, por eso hay muchos divorcios por eso yo digo que supongamos se casan por la iglesia dicen que se juran amor eterno hasta que la muerte los separe y yo digo que así debe de ser, para que se entiendan.

I: En su casa ¿Su pareja no fue celoso de que viniera?

M2: No, el 100% me apoya y hay esa confianza entre yo y el para qué le platique

I: Y ahora ¿Qué le dice de que viene a sus consultas?

M2: Pues no, cuando le digo que vengo lo toma muy tranquilo, me dice depende lo que tengas, lo que te diga la doctora y pues échale muchas ganas. Eso es lo único que él me dice.

I: Pero otra cosa ya no, ¿No le pregunta el por su tratamiento?

M2: No nada y pues ahorita últimamente no me han dado tratamiento, me esta iyendo muy bien y hasta ahorita es lo que me decía la doctora que me va a tener bajo control que, sin nada, pero que si acaso seguían las manchitas lo que yo le decía y todo había que meterme a cirugía.

I: La relación que ha tenido con su pareja no sé, en la intimidad ¿Se ha modificado un poco? O ¿Cómo que ya no están mucho tiempo juntos?, o ¿Si conviven? ¿Se ha modificado un poco?

M2: Pues ahorita últimamente ahorita, él trabaja y yo trabajo también, este él, ahorita hemos separado un poquito, de la ¿Cómo se llama? eso sí nos vemos cada fin de semana, este ¿Cómo se llama?, de la sexualidad hay me la llevo poco a poco también tranquilo, **ya me cuido un poquito mas**

I: ¿Y él no se enoja?, o ¿Se opone a que se cuide un poquito más?

M2: Pues fíjese que hablando con él se entiende, pero pues si no habla uno con él pues ¿Cómo?, y él me dice; - ¿Pues sabes qué? Pues fíjate, cuídate eso es lo que no quiero para ti, y pues la verdad si decimos que nos queremos si nos casamos y la verdad nos juramos amor eterno, hasta aquí Dios dice nos juramos amor eterno y uno de los dos, pues hasta aquí.

6.- ¿Qué significa para usted la vida con virus del papiloma humano?

M2: Pues fíjese que, a lo mejor a la vez, si te cambia un poco la vida, pero pues sabiendo un poquito más de lo que tienes pues no te queda de otra, más que tienes que irte a tus citas cada vez que te las dan o todos los estudios que te mandan a hacer seguirlos al pie de la letra como te mandan

I: ¿Por qué decidió modificar un poco su vida?

M2: Ósea porque pues hijoles ¿Qué será? a lo mejor de joven no lo conocí, pero de vieja lo voy a saber un poco más, de mi cuerpo saber qué es lo que hay, saber que se puede cuidar que se puede quitar a tiempo, a tratar de rescatar lo que se pueda

I: ¿Entonces para usted cambio un poco su vida a como era antes?

M2: Pues sí, si cambio un poco la vida, pero pues ya sabiendo un poco de lo que tengo, ya estoy aquí

I: ¿Y su carácter se modificó?

M2: Pues un poco, un poco, pero pues a la vez me pongo a pensar que tengo que llegar a la etapa de este ¿Cómo se llama?, de la menopausia pues también volveré a cambiar de vida otra vez, pero es otra etapa más en mi vida, ya habré recibido un

poquito más de atención, ya sabré un poco más y otra etapa en mi vida ya sabré cuales son los síntomas

I: Claro ya sabrá cuales son los síntomas, determinar tal vez que ese dolor no es normal

M2: a ja si

I: ¿Cree usted que para las mujeres sea un cambio drástico tener esta enfermedad?

M2: Pues la verdad a mí me gustaría que lo conocieran un poco más para que conocieran los síntomas y saber ¿Si hay solución?

7.- ¿Cómo vive su vida con el Virus del Papiloma Humano?

M2: Pues hijoles ya es un poco cansancio para mí, la verdad, me levanto, me persino primeramente Dios, estoy en las manos de Dios hoy este día y a ver ¿Qué pasa? ¿Vale?, empezare con alegría y para terminar con alegría. A veces un poco cansancio, pero pues es normal

I: ¿Es un poco cansado por qué? ¿Desde que tenía la enfermedad?

M2: Pues la verdad será por que como trabajo en casa es desde temprano, desde temprano 7:30 es subir y bajar, subir y bajar todo el día, y le digo a la doctora- ¿Ese no es ejercicio? Y me dice: -No, ese no es ejercicio. Pero pues ejercicio porque no solo es una vez, es subir y bajar, subir y bajar y así.

I: Y ¿termina hasta tarde?

M2: A las dos de la tarde

M2: Luego llegan a comer, recoger todo y todo eso

I: Luego su casa

I: ¿Entonces de sueño no duerme mucho?, ¿A qué hora se va a dormir?

M2: **A las 9-10 de la noche, después levantarme a bañar a las 5: 00 am**

I: Entonces no duerme mucho porque tiene que trabajar a levantarse temprano. Y en la comida comer en la medida posible comer frutas verduras proteínas ¿Qué le han dicho de eso?

M2: La doctora dice que coma muy bien y haga ejercicios. También estoy viendo otra doctora de allá en México me mando unas vitaminas, pero tiene más de 20 días que no las he comprado

I: Bueno, pero ya las va a comprar

M2: Ya las voy a comprar ahora saliendo de aquí porque ya me explico la doctora y pues ahorita por el frio que está haciendo, **cuidarme de la gripa bueno un poquito de todo**

I: Entonces ahora se cuida un poco más

M2: Si un poco más, **antes me daba igual si dormía o no, pero pues hay que preocuparse un poco mas**

I: ¿Qué les puede decir a las mujeres que no se animan a asistir a las consultas, o alguna cuestión que quisiera compartir respecto al virus?

M2: Realicen el Chequeo general del Papanicolaou porque la verdad es importante, eso sería todo

ANEXO 5 CONSIDERACIONES ÉTICAS

LEY GENERAL DE SALUD

De entre los artículos de esta Ley, a continuación, se presenta una glosa de algunos de los artículos de mayor relevancia por cuanto al acto médico se refiere

La atención médica es el conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de proteger, promover y restaurar su salud. Las actividades de atención médica son: I. Preventivas, II. Curativas, III. De rehabilitación. Los servicios de salud, atendiendo a los prestadores de los mismos, se clasifican en: I. Servicios públicos a la población en general, II. Servicios a derechohabientes de instituciones públicas de seguridad social, III. Servicios sociales y privados IV. Otros que se presten de conformidad con lo que establezca la autoridad sanitaria.

Son servicios públicos a la población en general los que se presten en establecimientos públicos de salud. Las cuotas de recuperación se ajustarán a lo que disponga la legislación fiscal y a los convenios de coordinación que celebre en la materia el Ejecutivo Federal y los gobiernos de las entidades federativas. desarrollo económico y social conforme a las disposiciones de la Secretaría de Salud. A los extranjeros que ingresen al país se cobrará íntegramente el costo de los mismos, excepto en los casos de urgencias. Se eximirá del cobro, a todo menor a partir de su nacimiento hasta cinco años cumplidos.

Son servicios a derechohabientes de instituciones públicas de seguridad social los prestados por éstas a las personas que cotizan o a las que hubieren cotizado en las mismas comprenderán la atención médica, la atención materno-infantil, la planificación familiar, la salud mental, la promoción de la formación de recursos humanos, la salud ocupacional y la prevención y control de enfermedades no transmisibles y accidentes. Son servicios de salud privados los que presten personas físicas o morales en las condiciones que convengan con los usuarios, y sujetas a los ordenamientos legales, civiles y mercantiles. Son servicios de salud de

carácter social los que presten, directamente o mediante la contratación de seguros individuales o colectivos. Las modalidades de acceso a los servicios de salud privados y sociales se regirán por lo que convengan prestadores y usuarios, sin perjuicio de los requisitos y obligaciones. Los servicios de salud se regirán por las convenciones entre prestadores y usuarios, sin perjuicio de lo que establezcan las disposiciones de esta Ley y demás normas aplicables a las instituciones de salud respectivas. La Secretaría de Salud proporcionará a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público las normas oficiales mexicanas de salud para los seguros personales de gastos médicos y hospitalización. Los servicios de salud de carácter social y privado, estarán sujetos a las tarifas que establezca la Secretaría de Comercio y Fomento Industrial.

Los establecimientos particulares para el internamiento de enfermos, prestarán en forma gratuita a personas de escasos recursos. Corresponde a la Secretaría de Salud vigilar y controlar la creación y funcionamiento de todo tipo de establecimientos de servicios de salud. La construcción y equipamiento de los establecimientos dedicados a la prestación de servicios de salud, en cualquiera de sus modalidades, se sujetará a las normas oficiales mexicanas. Los establecimientos de servicios de salud deberán presentar aviso de funcionamiento a la Secretaría de Salud. Corresponde a la Secretaría de Salud y a los gobiernos de las entidades federativas, vigilar el ejercicio de los profesionales, técnicos y auxiliares de la salud en la prestación de los servicios respectivos. La Secretaría de Salud coadyuvará con las autoridades educativas competentes para la promoción y fomento de la constitución de colegios, asociaciones y organizaciones de profesionales, técnicos y auxiliares de la salud.

Se considera usuario de servicios de salud a toda persona que requiera y obtenga los que presten los sectores público, social y privado. Los usuarios tendrán derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y a recibir atención profesional y éticamente responsable, así como trato respetuoso y digno de los profesionales.

Los usuarios deberán ajustarse a las reglamentaciones internas de las instituciones prestadoras de servicios de salud. La Secretaría de Salud establecerá los procedimientos para regular las modalidades de acceso a los servicios públicos a la población en general y a los servicios sociales y privados.

Las autoridades sanitarias competentes y las propias instituciones de salud, establecerán procedimientos de orientación y asesoría a los usuarios sobre el uso de los servicios de salud que requieran. Las personas o instituciones públicas o privadas que tengan conocimiento de accidentes cuidarán, por los medios a su alcance, que los mismos sean trasladados a los establecimientos de salud más cercanos.

Los agentes del Ministerio Público que reciban informes o denuncias sobre personas que requieran de servicios de salud de urgencia, deberán disponer que las mismas sean trasladadas de inmediato al establecimiento de salud más cercano. La participación de la comunidad en los programas de protección de la salud tiene por objeto fortalecer la estructura y funcionamiento de los sistemas de salud

La comunidad podrá participar en los servicios de salud: I. Promoción de hábitos de conducta, II. Colaboración en la prevención o tratamiento de problemas ambientales vinculados a la salud, III. Incorporación, como auxiliares voluntarios
IV. Notificación de la existencia de personas que requieran de servicios de salud, cuando éstas se encuentren impedidas de solicitar auxilio por sí mismas; V. Formulación de sugerencias para mejorar los servicios de salud

Las dependencias y entidades del sector salud y los gobiernos de las entidades federativas, promoverán y apoyarán la constitución de grupos, asociaciones y demás instituciones que tengan por objeto participar organizadamente en los programas de promoción y mejoramiento de la salud individual o colectiva.

NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-012-SSA3-2012

NORMA Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, Que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos.

La investigación científica en el ámbito de la salud, son factores determinantes para mejorar las acciones encaminadas a proteger, promover y restaurar la salud del individuo de tal manera que la garantía del cuidado de los aspectos éticos, del bienestar e integridad física de la persona que participa en un proyecto o protocolo de investigación se constituyan en la regla de conducta para todo investigador del área de la salud. Esta norma, define los elementos mínimos que deben cumplir de manera obligatoria los investigadores que realizan esta actividad en seres humanos. Quienes realizan investigación para la salud en seres humanos; deberán adaptarse a los principios científicos y éticos que justifican a la investigación médica y a los criterios que en la materia emita la Comisión Nacional de Bioética.

La Secretaría, para el otorgamiento de la autorización deberá corroborar que, en el proyecto o protocolo de investigación, prevalezcan los criterios de respeto a la dignidad del sujeto de investigación, la protección de sus derechos, principalmente el de la protección de la salud, así como el bienestar y la conservación de su integridad física.

Toda investigación debe garantizar que no expone al sujeto de investigación a riesgos innecesarios. Toda investigación debe garantizar de manera clara, objetiva y explícita, la gratuidad de la maniobra experimental para el sujeto de investigación. En todo proyecto o protocolo de investigación, se deberá estimar su duración. En el presupuesto de la investigación deberá incluirse

la disponibilidad de un fondo financiero, así como los mecanismos para garantizar la continuidad del tratamiento médico

El proyecto o protocolo de investigación deberá contener como mínimo los siguientes elementos: Título del proyecto o protocolo de investigación, Marco teórico, Definición del problema, Antecedentes, Justificación, Hipótesis (en su caso), Objetivo general (en su caso, objetivos específicos), Material y métodos, Diseño: criterios de inclusión y exclusión, Referencias bibliográficas.

Cuando se obtengan resultados con aplicaciones tecnológicas, deberá señalarse el área en la que se aportarán los conocimientos obtenidos, entre las que pueden destacar: el área metodológica, técnica, de procedimientos clínicos, epidemiológica, nuevos medicamentos o mejora de los existentes, productos biológicos para uso en humanos. El investigador principal deberá entregar a la Secretaría un informe técnico-descriptivo parcial o final según corresponda, de los avances de la investigación.

Toda investigación en seres humanos, deberá realizarse en una institución o establecimiento, el cual deberá contar con la infraestructura y capacidad resolutive suficiente, para proporcionar la atención médica. No podrá ser condicionada la atención médica a una persona a cambio de otorgar su consentimiento para participar o continuar participando en una investigación.

El titular de la institución o establecimiento, los Comités de Investigación, Ética en la Investigación, Bioseguridad o el investigador principal, deberán ordenar la suspensión o cancelación inmediata de la investigación, ante la presencia de cualquier efecto adverso severo, que se constituya en impedimento ético o técnico para continuar con el estudio.

La constitución de los Comités de Investigación y Bioseguridad, que se requieran en la institución o establecimiento, deberá ser multidisciplinaria, con profesionales de la salud de distintas especialidades relevantes. Deberán incluir profesionales de otras disciplinas, usuarios y personas de la sociedad civil, que representen los valores morales, culturales y sociales de los sujetos de investigación.

Los Comités de Investigación y Bioseguridad se integrarán con un mínimo de tres científicos, más los representantes de la sociedad civil que se consideren necesarios, contando en total con al menos 6 integrantes y con máximo 20.

Los miembros de los Comités de Investigación, Ética en la Investigación y Bioseguridad deberán abstenerse de participar en la evaluación y dictamen de sus propias investigaciones. El Comité de Ética en la Investigación debe evaluar al inicio y periódicamente, que los proyectos o protocolos de investigación, se apegan a los principios éticos y a la normatividad vigente aplicable.

El Comité de Ética en la Investigación será el encargado de revisar y en su caso, aprobar la carta de consentimiento informado en materia de investigación, formulada por el investigador principal.

La conducción de toda investigación de conformidad con esta norma, estará a cargo del investigador principal, el cual deberá ser un profesional de la salud con la formación académica y experiencia probada en la materia, que le permitan dirigir la investigación que pretenda realizar. El investigador principal podrá planear y elaborar el proyecto o protocolo de investigación y debe dirigir el mismo en apego a los aspectos metodológicos, éticos y de

seguridad del sujeto de investigación. Es atribución del investigador principal, seleccionar y especificar el número de participantes.

El investigador es responsable de suspender la investigación, de conformidad con lo establecido en la fracción VI del artículo 100 de la Ley General de Salud. Al formular la carta de consentimiento informado en materia de investigación. El investigador deberá abstenerse de obtener personalmente el consentimiento informado. Es responsabilidad del investigador principal informar al sujeto de investigación, al familiar, acerca de las implicaciones de cada maniobra experimental y de las características de su padecimiento.

El sujeto de investigación, sus familiares, tutor o representante legal, tienen el derecho de retirar en cualquier tiempo. En su caso, el investigador principal también podrá retirar al sujeto de investigación para que deje de participar en ella, si considera que, durante el desarrollo de dicha investigación, el riesgo es mayor que el beneficio y que por tal motivo obligue a su retiro.

La carta de consentimiento informado es requisito indispensable para solicitar la autorización de un proyecto o protocolo de investigación.

Todo sujeto de investigación tiene derecho a la protección de sus datos personales al acceso, rectificación y cancelación de los mismos, así como a manifestar su oposición, en los términos que fijen la ley.

La información relacionada con cualquier investigación que el investigador principal entregue a la Secretaría, será clasificada como confidencial.

DECLARACIÓN DE HELSINKY

DECLARACIÓN DE HELSINKI DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL

La Asociación Médica Mundial (AMM) ha promulgado la Declaración de Helsinki como una propuesta de principios éticos para investigación médica en seres humanos. Aunque la Declaración está destinada principalmente a los médicos, la AMM insta a otros participantes en la investigación médica en seres humanos a adoptar estos principios. En investigación médica en seres humanos, el bienestar de la persona que participa en la investigación debe tener siempre primacía sobre todos los otros intereses.

El propósito principal de la investigación médica en seres humanos es comprender las causas, evolución y efectos de las enfermedades y mejorar las intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas.

La investigación médica está sujeta a normas éticas. Algunas poblaciones sometidas a la investigación son particularmente vulnerables y necesitan protección especial. Estas incluyen a los que no pueden otorgar o rechazar el consentimiento por sí mismos y a los que pueden ser vulnerables a coerción o influencia indebida. En la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participan en investigación.

La investigación médica en seres humanos debe conformarse con los principios científicos generalmente aceptados y debe apoyarse en un profundo conocimiento de la bibliografía científica. Al realizar una investigación médica, hay que prestar atención adecuada a los factores que puedan dañar el medio ambiente.

El protocolo de la investigación debe enviarse, para consideración, comentario, consejo y aprobación, a un comité de ética de investigación antes de comenzar el

estudio. Todo proyecto de investigación médica en seres humanos debe ser precedido de una cuidadosa comparación de los riesgos y los costos para las personas y las comunidades que participan en la investigación. Los médicos no deben participar en estudios de investigación en seres humanos a menos de que estén seguros de que los riesgos inherentes han sido adecuadamente evaluados y de que es posible hacerles frente de manera satisfactoria.

La participación de personas competentes en la investigación médica debe ser voluntaria. Deben tomarse toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de la persona que participa en la investigación. En la investigación médica en seres humanos competentes, cada individuo potencial debe recibir información adecuada acerca de los objetivos, métodos, fuentes de financiamiento, posibles conflictos de intereses, afiliaciones institucionales del investigador.

Al pedir el consentimiento informado para la participación en la investigación, el médico debe poner especial cuidado cuando el individuo potencial está vinculado con él por una relación de dependencia o si consiente bajo presión. Cuando el individuo potencial sea incapaz, el médico debe pedir el consentimiento informado del representante legal. Los autores, directores y editores todos tienen obligaciones éticas con respecto a la publicación de los resultados de su investigación. Se deben publicar tanto los resultados negativos e inconclusos como los positivos o de lo contrario deben estar a la disposición del público. En la publicación se debe citar la fuente de financiamiento, afiliaciones institucionales y conflictos de intereses.

Al final de la investigación, todos los pacientes que participan en el estudio tienen derecho a ser informados sobre sus resultados y compartir cualquier beneficio, por ejemplo, acceso a intervenciones identificadas como beneficiosas en el estudio o a otra atención apropiada o beneficios.

ANEXO 6 MINUTA DE APROBACIÓN



“2014, Año de los Tratados de Teoloyucan”

No. registro Cofepris: 13 CI 15 106 068

MINUTA DE SESIÓN ORDINARIA DEL COMITÉ DE INVESTIGACIÓN

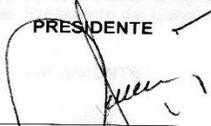
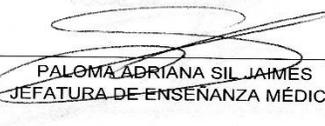
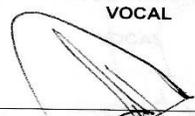
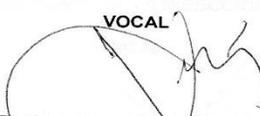
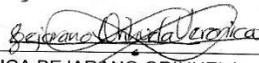
Siendo las 13:30 horas del día 17 de Junio del 2014, reunidos en las aulas del Hospital, se convoca de manera ordinaria al Comité de Investigación del Hospital Materno Perinatal “Mónica Pretelini Sáenz”, para evaluar el Protocolo de Tesis de Licenciatura en Enfermería, titulado:

“PERCEPCIÓN DE LA VIDA EN MUJERES INFECTADAS CON VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO”

Nombre del solicitante: ROSALINDA GUADARRAMA PÉREZ Director de tesis: DRA. CLEOTILDE GARCÍA REZA.
No. de registro de la investigación: **2014-06-345**

NIVEL DE RIESGO:	<input checked="" type="checkbox"/> SIN RIESGO	<input type="checkbox"/> RIESGO MINIMO	<input type="checkbox"/> RIESGO MAYOR AL MINIMO
AVANCES:	<input checked="" type="checkbox"/> NO APLICA	<input type="checkbox"/> % PRESENTADO	<input type="checkbox"/> % PROGRAMADO
DICTAMEN:	<input checked="" type="checkbox"/> APROBADO	<input type="checkbox"/> PENDIENTE DE APROBACIÓN	<input type="checkbox"/> NO APROBADO

Habiéndose leído el contenido de éste instrumento, se da por terminada la sesión siendo las 14:00 horas del día 17 de Junio del 2014; el C. Javier Edmundo Herrera Villalobos Presidente del Comité de Investigación y vocales del mismo firman la presente minuta:

<p>PRESIDENTE</p>  <hr/> <p>JAVIER EDMUNDO HERRERA VILLALOBOS UNIDAD DE ENSEÑANZA, INVESTIGACIÓN Y CAPACITACIÓN</p>	<p>VOCAL SECRETARIO</p>  <hr/> <p>PALOMA ADRIANA SIL JAMES JEFATURA DE ENSEÑANZA MÉDICA</p>
<p>VOCAL</p>  <hr/> <p>EDUARDO HERNÁNDEZ GARDUÑO INVESTIGADOR</p>	<p>VOCAL</p>  <hr/> <p>IRMA SOCORRO GONZÁLEZ SÁNCHEZ MÉDICO GENERAL</p>
<p>VOCAL</p>  <hr/> <p>JORGE QUIROZ RODRÍGUEZ MÉDICO ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA</p>	<p>VOCAL</p>  <hr/> <p>VERÓNICA BEJARANO ORIHUELA PSICÓLOGA</p>

SECRETARÍA DE SALUD
COORDINACIÓN DE HOSPITALES REGIONALES DE ALTA ESPECIALIDAD
HOSPITAL MATERNO PERINATAL “MÓNICA PRETELINI SÁENZ”

“2014, Año de los Tratados de Teoloyucan”

No. registro Cofepris: 13 CEI 15 106 073

MINUTA DE SESIÓN ORDINARIA DEL COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN

Siendo las 13:30 horas del día 17 de Junio del 2014, reunidos en las aulas del Hospital, se convoca de manera ordinaria al Comité de Ética en Investigación del Hospital Materno Perinatal “Mónica Pretelini Sáenz”, para evaluar el Protocolo de Tesis de Licenciatura en Enfermería, titulado:

“PERCEPCIÓN DE LA VIDA EN MUJERES INFECTADAS CON VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO”

Nombre del solicitante: ROSALINDA GUADARRAMA PÉREZ Director de tesis: DRA. CLEOTILDE GARCÍA REZA.
No. de registro de la investigación: 2014-06-345

NIVEL DE RIESGO:	<input checked="" type="checkbox"/> SIN RIESGO	<input type="checkbox"/> RIESGO MINIMO	<input type="checkbox"/> RIESGO MAYOR AL MINIMO
AVANCES:	<input checked="" type="checkbox"/> NO APLICA	<input type="checkbox"/> % PRESENTADO	<input type="checkbox"/> % PROGRAMADO
DICTAMEN:	<input checked="" type="checkbox"/> APROBADO	<input type="checkbox"/> PENDIENTE DE APROBACIÓN	<input type="checkbox"/> NO APROBADO

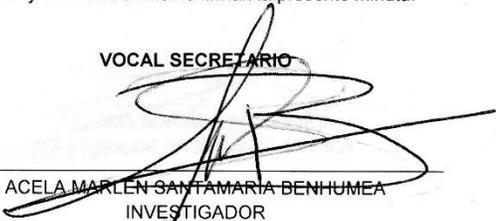
Habiéndose leído el contenido de éste instrumento, se da por terminada la sesión siendo las 13:30 horas del día 08 de Junio del 2014; la C. Juan Carlos Díaz Montiel Presidente del Comité de Ética en Investigación y vocales del mismo firman la presente minuta:

PRESIDENTE

VOCAL SECRETARIO



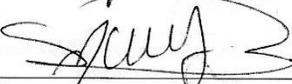
JUAN CARLOS DÍAZ MONTIEL
JEFATURA DE INVESTIGACIÓN



ACELA MARLEN SANTAMARÍA BENHÚMEA
INVESTIGADOR

VOCAL

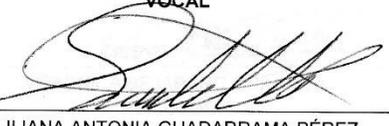

FAUSTO MANUEL PINAL GONZÁLEZ
ASISTENTE DE LA DIRECCIÓN

VOCAL


NANCY HITAYETZY SANTAMARÍA BENHÚMEA
ADMINISTRATIVO

VOCAL


MIGUEL ÁNGEL LÓPEZ ESQUIVEL
TELEMEDICINA

VOCAL


LILIANA ANTONIA GUADARRAMA PÉREZ
ENSEÑANZA DE ENFERMERÍA

SECRETARÍA DE SALUD
COORDINACIÓN DE HOSPITALES REGIONALES DE ALTA ESPECIALIDAD
HOSPITAL MATERNO PERINATAL “MÓNICA PRETELINI SÁENZ”



8.11 Carta de Cesión de Derechos de Autor: Evaluación Profesional

Facultad de Enfermería y Obstetricia
Subdirección Académica
Departamento de Evaluación Profesional



Versión Vigente No. 00

Fecha: 22/05/2014

CARTA DE CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR

El que suscribe ROSALINDA GUADARRAMA PÉREZ Autor(es) del trabajo escrito de evaluación profesional en la opción de TESIS con el título "PERCEPCIÓN DE LA VIDA EN MUJERES INFECTAS CON VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO" por medio de la presente con fundamento en lo dispuesto en los artículos 5, 18, 24, 25, 27, 30, 32 y 148 de la Ley Federal de Derechos de Autor, así como los artículos 35 y 36 fracción II de la Ley de la Universidad Autónoma del Estado de México; manifiesto mi autoría y originalidad de la obra mencionada que se presentó en el AUDITORIO (lugar) de la FACULTAD DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA para ser evaluada con el fin de obtener el Título Profesional de LICENCIADO EN ENFERMERÍA

Así mismo expreso mi conformidad de ceder los derechos de reproducción, difusión y circulación de esta obra, en forma NO EXCLUSIVA, a la Universidad Autónoma del Estado de México; se podrá realizar a nivel nacional e internacional, de manera parcial o total a través de cualquier medio de información que sea susceptible para ello, en una o varias ocasiones, así como en cualquier soporte documental, todo ello siempre y cuando sus fines sean académicos, humanísticos, tecnológicos, históricos, artísticos, sociales, científicos u otra manifestación de la cultura.

Entendiendo que dicha cesión no genera obligación alguna para la Universidad Autónoma del Estado de México y que podrá o no ejercer los derechos cedidos.

Por lo que el autor da su consentimiento para la publicación de su trabajo escrito de evaluación profesional.

Se firma presente en la ciudad de TOLUCA MÉXICO, a los 27 días del mes de octubre de 2016.

ROSALINDA GUADARRAMA PÉREZ
Nombre y firma de conformidad