

Reflexiones sobre género, sexualidad y el Virus de Papiloma Humano

Considerations on Gender, Sexuality and Human Papillomavirus

*Gerardo Macías Valadez Márquez¹ y María Gabriela Luna Lara²

Resumen

El siguiente ensayo pretende presentar al Virus de Papiloma Humano como un caso paradigmático que permite explorar algunas particularidades del género en su cruzamiento con la sexualidad. En primer lugar se hace una revisión de literatura acerca de las particularidades de esta Infección de Transmisión Sexual y su importancia en el marco de la salud actual en México. Después se hace una breve genealogía del concepto de género, que pone énfasis en lo relacionado al sexo y la sexualidad, para después analizar los resultados de algunas investigaciones que resaltan la influencia del VPH en estos dos ámbitos. Por último, se hace una reflexión final sobre los elementos teóricos esbozados y cómo incorporarlos a posibles abordajes que permitan hacer recomendaciones preventivas en materia de salud sobre el VPH, teniendo en cuenta las particularidades de la infección y una perspectiva de género. Estas propuestas, abordarían las prácticas sexuales en relación a una cuestión del deseo y la identidad de género.

Palabras clave: VPH, infecciones de transmisión sexual, identidad de género, deseo.

Keywords: HPV, sexually transmitted infections, gender identity, desire.

Introducción

La Dirección General de Epidemiología (DGE) (2014) realizó un estudio de 13 años, del 2000 al 2012, para conocer el comportamiento del VPH en México: encontró un aumento en la incidencia de casos (10.44 casos para el año 2000 y 34.31 para el 2012, por cada 100 mil habitantes) y un asenso del 26% en la prevalencia. Se atribuyó este aumento a la falta de información sexual y desconocimiento de la enfermedad.

Esta desinformación puede ser a causa de los problemas para entender las cualidades de la infección y su dinámica, por ejemplo, Hilpert y Brem (2013) describieron las dificultades de un grupo de estudiantes de una universidad pública de Estados Unidos para entender qué es el Virus de Papiloma Humano (VPH) cuando se les pidió que buscarán información vía internet para ayudar a un supuesto amigo que les pidió ayuda al respecto. Las principales características que dificultaron asimilar al virus fueron: que se transmite por medio del contacto de células epiteliales y la diversidad de los tipos de virus que existen. A continuación trataremos de describir a detalle sus características.

El Virus de Papiloma Humano (VPH) es altamente transmisible frecuente en la mayoría de las poblaciones (Sanabria, 2009). Para Reiter, Pendergraft y Brewer (2010) la alta concordancia entre parejas con uno o más tipos

¹Estudiante del Doctorado Interinstitucional en Psicología, Universidad de Guanajuato. Becario Conacyt. Correo electrónico: mvmgerardo@hotmail.com

²Doctora en Psicología de la Universidad de Guanajuato

de VPH, indica una alta transmisibilidad del virus, además su estudio habla de una alta susceptibilidad en mujeres a la infección (de los tipos 4-6, 17, 18, 54); esto debido a que la exposición al VPH en hombres “involucra al epitelio queratinizado del pene que es menos susceptible a la infección que la mucosa del cervix” (p. 2960). La principal tasa de transmisión del VPH es mediante contacto sexual (60%), después está el contagio por contacto piel con piel o autoinoculación, siendo el tipo 16 el que sobrevive en una superficie seca inanimada por más de siete días (Juárez-Albarrán y Juárez-Gámez, 2008).

Según Giuliano, Lazcano-Ponce, Villa, et. al. (2008) en México, la mayor prevalencia de diagnóstico de VPH es en hombres entre los 25 y los 34 años, con una disminución hacia los jóvenes (menos de 20 años), lo que indica un mayor riesgo de adquisición del virus para este grupo.

La persistencia de VPH (responsable del 5.2% de cánceres en el mundo: del canal anal, vagina, vulva, pene y oral) puede ser un factor etiológico para el desarrollo del cáncer cérvicouterino (CaCu), que a nivel internacional es el segundo cáncer en frecuencia en mujeres (Zaldívar, 2012). En el año del 2008, el CaCu fue la principal causa de muerte de mujeres en México (INEGI, 2008).

La presencia del VPH no significa enfermedad, sino que es la Neoplasia Intraepitelial Cervical causado por el virus la que “implica tener una lesión visible al microscopio o colposcopio como resultado de la alteración de las células del epitelio” (Curiel-Valdés, 2008, p. 2). Es mejor *Uaricha, Revista de Psicología, 13(31), Mayo, 2016* *Uaricha, Revista de Psicología, 13(31), Junio, 2016*

Abstract

The essay pretends to present the HPV (Human papillomavirus) as a paradigmatic case in which some gender peculiarities crossed with sexuality. Firstly, there would be a literary revision about the particularities of this STIs (Sexually Transmitted Infections) and its importance in the public health domain in Mexico; afterwards a brief genealogy of the concept of gender is done, which emphasizes the aspects of sex and sexuality, analyzing the results of some investigations that highlight the influence of HPV in this two spheres. Lastly, a final consideration is done about the theoretic elements shown is presented, and how make them part of possible approaches, that will allow preventive recommendations in matters of HPV health, taking into account the particularities of the infection and a gender perspective. These proposals, will consider the sexual practices in relation to a matter of desire and gender identity.

conocida por sus siglas NIC y se suelen identificar dos fases, siendo la segunda la que determina presencia de cáncer. La persistencia del virus se genera a partir de trastornos inmunitarios locales cervicales y/o sistémicos (inducidos por el consumo de tabaco, presencia de SIDA, infecciones bacterianas [clamidia] o virales [herpes genital]. También la desnutrición (deficiencia de vitamina A, C, E y fosfatos) es un factor que contribuye a la persistencia (Zacarías-Flores, 2006).

Reiter, Pendergraft y Brewer (2010) en su estudio realizado con métodos de detección a nivel molecular, reporta que la duración de la infección por VPH en mujeres (para VPH no

cancerígenos) fue de 4.3 a 11.1 meses y de 6.5 a 14.8 meses para VPH cancerígenos (tipos 4, 6, 17, y 18). En hombres la duración para ambos tipos (VPH cancerígenos y no cancerígenos) fue de 6 meses. Según la Secretaría de Salud del Estado de Veracruz (SSEV) (2014), la mayoría de las personas pueden eliminar el VPH mediante las defensas del organismo.

Existen dos vacunas que permiten crear anticuerpos contra la proteína L1 de la cápside del virus (capaces también de controlar la lesión, pero no de erradicar la persistencia del virus) (Curiel-Valdés, 2008). La efectividad de la vacuna (avalada por cinco años) es mayor en mujeres que no han iniciado una vida sexual. Actualmente en México existe un plan de vacunación a niñas de 9 a 12 años, cuya primera dosis fue aplicada en 2013 y la segunda fue aplicada en octubre de 2014. Se señala que la vacuna es una ayuda para prevenir cáncer cervical, pero no es un sustituto de los estudios de su detección (Papanicolau). (SSEV, 2014).

Así pues, a un plan de vacunación hay que considerar el seguimiento de tamizajes a mujeres que no reciban la protección inmunológica de la vacuna; además de la implementación de un programa de estrategias educativas a la población y personal de salud que permitan la aceptación de la vacuna y conceptos sociales sobre salud, prejuicios y representación del cuerpo (Torres-Poveda et al., 2011), el impacto en el comportamiento sexual de las y los adolescentes y conocimiento sobre el CaCu y el VPH.

Además de los relacionados con la salud física (como historia de neoplasia o l

Uaricha, Revista de Psicología, 13(31), Mayo, 2016
Uaricha, Revista de Psicología, 13(31), Junio, 2016

inmunosupresión) están: el número de compañeros sexuales y el número de parejas sexuales que éste haya tenido, así como el coito a temprana edad (antes de los 20 años). Los factores que disminuyen el riesgo de transmisión (además de la vacuna) y prevalencia son: el uso adecuado del condón, mantener relaciones sexuales con una pareja no infectada por el virus y evitar el contacto genital (Alfaro y Fournier, 2013; SSEV, 2014).

Reiter, Pendergraft y Brewer (2010) reportan que la transmitibilidad del VPH en relaciones sexuales sin protección es en promedio del 40%; en este estudio también se señaló como principal método de protección el uso del condón, así como la circuncisión.

La SSEV (2014) insiste en señalar que la infección del VPH “no es un indicador de práctica sexual insegura, ya que la transmisión no requiere la cópula, ni múltiples compañeros sexuales” (p. 20). El acento no debe estar puesto sólo en el acto coital, la sexualidad marcada por la amenaza de contraer éste o algún otro tipo de Infección de Transmisión Sexual (ITS) sugiere considerar otras prácticas sexuales como el sexo oral, frotamiento y/o rozamiento de los genitales. Además de considerar estas otras prácticas, habría que pensar en qué es lo que facilita o no estos comportamientos sexuales de riesgo.

Las características propias del VPH acentúa no sólo la importancia del conocimiento sobre el virus, sino aspectos que atienden directamente a la sexualidad. Por ejemplo, el compromiso o exclusividad sexual tiende a disminuir la percepción de riesgo de adquirir una ITS el

riesgo, sobre todo para las personas que se orientan a tener relaciones sexuales sin condón en un contexto romántico de pareja monogámica bajo un esquema de confianza (Díaz-Loving y Robles, 2009).

Así pues, explorando aspectos no sólo de la sexualidad sino de su relación con el género (Dorlin, 2009; Lagarde, 2005), podríamos encontrar alguna guía que permita identificar los factores que influyen en la transmisibilidad del VPH.

Para esto conviene entender la relación que se ha ido dando entre estos conceptos (género y sexualidad) a lo largo de la historia, tomando como punto de referencia las diferentes manifestaciones de la sexualidad. A continuación se expone una breve genealogía del concepto de género, poniendo énfasis en dos aspectos: la sexualidad y el sexo.

I. La construcción del género: acerca del sexo y la sexualidad

Para Laqueur (1990) el sexo como lo conocemos ahora fue inventado en el siglo XVIII, es decir, los órganos reproductivos pasaron a ser un lugar jerárquico de la diferencia, dos sexos bilógicos opuestos. Esta invención es explicada por medio del signo que se imbrica con sus similitudes, donde el hecho físico (el sexo), viene a poner en claro las cosas en un contexto político que concierne al leguaje o lo científico. La realidad del sexo (una biología que entendía la diferencia como punto de partida), sustituyó la autoridad del género, que en la antigüedad era marcado desde lo social. Esto trajo consigo algunas discusiones como la relación entre placer sexual y la procreación, donde la atención se centraba en “la posibilidad biológica de

una mujer sin pasión” (p. 276), por ejemplo, se afirmaba que la falta de placer sexual era causa importante de la infertilidad. El deseo sexual estaba atado a una cuestión biológica de procreación, con reservas de la existencia de relaciones no consentidas (una violación).

Estas concepciones no cambiaron durante el siglo XIX, predominando “las casusas `morales´ de la infertilidad y otras repercusiones en el cuerpo de la desviación del `buen orden´ cubrían su camino en el mundo del sexo científico” (p. 328), lo que quiere decir, que en parte el rol del placer femenino residía en la cultura.

En el proceso de la comprensión del género, la masturbación como la prostitución, tuvieron su lugar importante. Para Laqueur (1990) hay que considerar estas dos actividades como perversiones sociales que se asientan en el cuerpo (y lo llevaban a su destrucción), más que como perversiones sexuales con efectos sociales. Para ambos sexos la masturbación fue considerada una enfermedad, y era definida como una “estimulación nerviosa excesiva y socialmente pervertida” (p. 386) asociada a la tuberculosis. Esta definición del vicio solitario apuntaba a la satisfacción de un deseo ilegítimo, contrario a considerarlo como “la desviación hacia sí mismo de un deseo sano” (p. 390). En el caso de la prostitución, esta era considerada una plaga social, donde el cuerpo y la sociedad se entrelazaban en esa batalla “contra el sexo no socializado” (p. 391). La masturbación y la prostitución condesaban el problema de si el sexo se debía practicarse como regla general en pareja, o si se podía hacerlo en solitario y/o con muchas personas.

Para Guinsber (2001) y Sohn (2006), con la legalización de la píldora anticonceptiva, primero en Estados Unidos en 1957, luego en otros países, la vida de las mujeres cambió totalmente, pero les significó un acento en la vigilancia médica, además de que en ese momento “el ginecólogo no tiene equivalente masculino” (p. 113). En 1981 con la aparición del sida, “la sexualidad vuelve a convertirse en un problema de salud pública y mueve a los médicos a tratar de modificar las prácticas sexuales... asoció prevención, vigilancia de los «agentes de contaminación» y atención sanitaria” (p. 117). Estas preocupaciones inician una oleada de investigaciones “que se lanzan para identificar los comportamientos de riesgo [y] modifican el discurso sobre la sexualidad, que pasa de ser hedonista a ser sanitaria” (p. 117). Las propuestas principales para la prevención son el uso del preservativo y abstinencia. En este periodo, que atiende al siglo XX, la escena pública combinó opiniones entre prácticas sexuales y un discurso sobre la sexualidad. Cuando se hable de cuerpo, será para hablar de un cuerpo sexuado y su medicalización. El pudor será lo que esté detrás de las discusiones del cuerpo sexuado, enmarcadas por las exigencias y libertades que se le plantean.

En la segunda parte de su historia sobre la sexualidad, Foucault (1991) intenta mostrar que existe “una tensión creciente entre placer y la salud... la idea de que el sexo tiene sus peligros es mucho más fuerte en el siglo II de nuestra era que en los siglos IV y V antes de J.C.” (p. 190). En esos siglos antes de Cristo, no se condena las perversiones, el sexo se convierte en un asunto de exceso (hybris) o moderación, “para *Uaricha, Revista de Psicología*, 13(31), Mayo, 2016 *Uaricha, Revista de Psicología*, 13(31), Junio, 2016

ello era preciso convertirse completamente en maestro de uno mismo” (p. 192). También explica, que los tomos de su historia de la sexualidad, son “una historia de la moral... [y] cuando se trata de la historia de la moral hay que distinguir entre los actos y el código moral” (p. 195). La moral es entendida por Foucault (2013) como “un conjunto de valores y reglas de acción que se proponen a los individuos y los grupos por intermedio de diversos aparatos prescriptivos, como pueden serlo la familia, las instituciones educativas, las iglesias, etc.” (p. 179). En un primer momento, Foucault (1991) consideró al sexo como un dato ocultado por el discurso de la sexualidad; después meditó la posibilidad de que el sexo fuera producto del dispositivo de sexualidad, hasta que llegó a afirmar que “se tiene una sexualidad desde el siglo XVIII, un sexo desde el siglo XIX. Antes, sin duda se tenía una carne” (p. 145).

Sohn (2006) resume de la siguiente manera los aspectos más significativos en el ámbito de la sexualidad durante el siglo XX:

- 1) Por una parte, con el derecho al placer también se presentó “el rechazo de la violencia sexual y de una sexualidad obligada” (p. 118). El consentimiento informado que acompaña a la libertad sexual significa un rechazo a la violencia sexual; “la inviolabilidad del cuerpo constituye así la nueva barrera del deseo” (p. 132) y las expresiones de la sexualidad ya no se juzgan sólo bajo la moral, ahora “se valoran en función del placer, el dolor y el asco físico” (p. 119).
- 2) La precisión en el lenguaje anatómico permitió una distancia entre órganos y gestos, “esta evolución lingüística saca a la

- sexualidad de la clandestinidad y favorece audacias crecientes en el dormitorio” (p. 118).
- 3) Se dio también la disociación definitiva entre sexualidad y reproducción, así “el deseo de no tener ese hijo es más fuerte que el miedo al sufrimiento o la enfermedad” (p. 122), este aspecto está marcado por el uso de la píldora anticonceptiva. Entre los motivos para la contracepción era el deseo de proporcionar una buena educación y tener estabilidad económica, por lo que se orientaba al control natal. Cabe señalar que en el siglo XVIII, las prácticas de contracepción procuraban la salud de los recién nacidos, en la opinión Foucault (1991) “la contracepción inducida por una política natalista, ¡es muy gracioso! [...] la tradición médica y popular quería en efecto que una mujer cuando estuviera criando, no tuviera ya derecho a tener relaciones sexuales, de otro modo la leche se echaría a perder” (p. 161).
- 4) También se posibilitó “una sexualidad que ya no se limita al campo estrechamente controlado del matrimonio” (p. 123), esto debido a que “a partir de la década de 1960, el amor lo disculpa todo, aunque no exista un proyecto matrimonial” (p. 124), empero, en las relaciones “la amenaza de un embarazo sigue siendo una espada que pende sobre la vida amorosa” (p. 122), y en las relaciones más duraderas “las chicas deben enfrentarse con una nueva táctica: el chantaje de la ruptura” (p. 133), llegando a ceder frente al miedo de ser abandonadas. Se va zanjando una distancia entre sexualidad y matrimonio, donde no se trata sólo de defender las experiencias prematrimoniales bajo la premisa del entendimiento conyugal, “sino

que reivindicaban también el derecho a satisfacer, sin remordimientos y al margen de los afectos, los deseos y pulsiones sexuales” (p. 125). Se menciona también que el aprendizaje sexual de esa época, se dio principalmente por un conocido y pocas veces mediante la prostitución.

El voyeurismo y los cambios de pareja serán los últimos tabúes del siglo XX, donde “las mujeres suelen negarse a contraer una nueva unión después de quedarse viudas y tienen tendencia a poner punto final a su vida sexual” (Sohn, 2006, p. 126).

Para Dorlin (2009) el modelo bicategorial del sexo es “un `obstáculo epistemológico´ para la comprensión científica del `sexo´, como un proceso complejo de sexuación, irreducible a dos categorías de sexo” (p. 38), y dice que el concepto de género “no fue `inventado´ por el saber feminista, fue elaborado por los equipos médicos que, en el curso de la primera mitad del siglo XX, se hicieron cargo de los recién nacidos llamados `hermafroditas´ o intersexos” (p. 31). Esta perspectiva reafirma el argumento de la importancia que tuvo la referencia al cuerpo como signo de la diferencia, el cual marcó una pauta importante para hablar de género, y en el cual se depositaban las referencias sociales y culturales, ahora queda claro que “el sexo biológico no determina la identidad sexual de los individuos (de género y de sexualidad)” (p. 33). Tampoco habría que privilegiar la distinción entre sexo y género, ya que se corre el riesgo de naturalizar lo social y descuidar “la distinción entre `sexuación´ y `sexo´, entre un proceso biológico y su reducción categorial a los sexos `macho´, `hembra´” (p. 36). Con la distinción

entre sexo y el género, que rompe la relación entre cuerpos sexuados y lo biológico, se van aclarando también las desigualdades sociales entre hombres y mujeres. La capacidad normativa del género que interviene en el proceso de sexuación de dos sexos biológicos, logra su propósito porque mantiene un régimen teórico y práctico en crisis, es decir, que aunque se desprecie en la práctica una normativa natural polimorfa, que los presupuestos teóricos estén en conflicto, permite por ejemplo, un discurso sobre “la heterosexualidad reproductiva, que define lo femenino y lo masculino por la polarización sexual socialmente organizada de los cuerpos” (p. 49). Con esto se quiere decir que “el concepto de género es a su vez determinado por la sexualidad, comprendida como un sistema político” (p. 49). El autor concluye que “si el género precede al sexo, debemos admitir que la sexualidad precede al género” (p. 49).

La propuesta de Foucault (1991) también indica que en el fondo de todo el tramado sobre género y el sexo, está la sexualidad, y nos dice que como objeto de estudio “es en realidad un instrumento formado hace ya mucho tiempo, que ha constituido un instrumento de servidumbre milenaria” (p. 153). Es el dispositivo de la sexualidad el método de análisis que le permite mirar con claridad detrás de todo ese ocultamiento. Como dispositivo, se entiende aquello que “permite separar, no lo verdadero de lo falso, sino lo inclasificable científicamente de lo clasificable” (p. 131). Foucault (2013) menciona que el término sexualidad “apareció tardíamente, a comienzos del siglo XIX” (p. 159), y que él entiende la sexualidad como experiencia, “si se entiende *Uaricha, Revista de Psicología*, 13(31), Mayo, 2016 *Uaricha, Revista de Psicología*, 13(31), Junio, 2016

por experiencia la correlación, en una cultura, entre dominios de saber, tipos de normatividad y formas de subjetividad” (p. 160). Es pues importante pensar el género desde la sexualidad y sus avatares, como las ITS. Un caso paradigmático de estas ha sido el SIDA.

En 1960, nos dice Moulin (2006), aparece el SIDA “como una enfermedad de transmisión sexual, [que] iba contracorriente de la liberación de las costumbres a la década” (p. 40), esta enfermedad de transmisión sexual “como en las epidemias de tiempos remotos, algunos lo interpretaban como una venganza divina, resucitando la intolerancia, o incluso la búsqueda de chivos expiatorios” (p. 40). Sontag (2005) nos dice que el SIDA ha sido considerado un castigo por la inmoral de quienes la padecían. También supuso que el cáncer es una enfermedad a la que son especialmente propensos, los derrotados psíquicos, los inexpresivos, los reprimidos —sobre todo los que han reprimido la ira o el sexo—, tal como durante todo el siglo XIX y parte del XX (de hecho, hasta que se encontró la manera de curarla) se consideraba la tuberculosis como una enfermedad típica de los hipersensibles, los talentosos, los apasionados. Sontag (2005) escribe sobre el SIDA desde la experiencia de haberla padecido, describe que la reputación y las ficciones de esa enfermedad la distrajerón de vivir su propio terror, acentúa la fuerte resonancia que pueden tener las metáforas del SIDA, entre ellas las “metáforas militares” (p. 103): un agente infeccioso que ataca desde el exterior.

Butler (2011) dice que la definición de una enfermedad, como es el caso de la diferencia

entre VIH positivo y SIDA, pueden ser “discriminaciones discursivas muy importantes que tienen implicaciones cruciales, pues describen la realidad y, al hacerlo, producen también esta realidad social” (p. 70). Al hablar de VPH, hay que pensar que también estamos describiendo una realidad, en este caso, la experiencia de la sexualidad y la de género.

Butler (2007) describe que el género ha sido abordado desde varias perspectivas, éstas están en relación a los significados que pueda producir:

- 1) El género (desde una posición feminista humanista) como un atributo que denomina una persona, “que a través de un gesto misógino de sinécdoque ha ocupado el lugar de la persona, el cogito autodeterminante... dicho de otra forma, solo los hombres son «personas» y solo hay un género: el femenino” (p. 76).
- 2) La anterior postura fue sustituida por la concepción (histórica y antropológica) del género como una relación o conjunto de relaciones en contextos concretos que existen en oposición a otro significado, es decir, lo masculino frente a lo femenino y sus diferentes manifestaciones histórico-culturales.
- 3) El sexo femenino como ausencia u opacidad lingüística, que hace referencia a un sexo que no puede pensarse, sin embargo, “dentro del discurso legado por la metafísica de la sustancia, el género resulta ser performativo, es decir, que conforma la identidad que se supone que es. En este sentido, el género siempre es un hacer, aunque no un hacer por parte de un sujeto que se pueda considerar preexistente a la

acción” (p. 84).

Ahora bien, el género como experiencia que unifica sexo, género y deseo tiene dos posibilidades:

- “Cuando el género es una designación psíquica o cultural del yo -y el deseo- [y]
- Cuando el deseo es heterosexual y, por lo tanto, se distingue mediante una relación de oposición respecto del otro género al que desea” (Butler, 2007, p. 80).

La investigación de Vargas (2003) habla de este aspecto donde el género “es lo propio del otro sexo” (p. 147). Llega a la conclusión de que cada género produce al otro, es decir, “cada subjetividad femenina produce la masculinidad de los hombres y cada subjetividad masculina produce la feminidad de las mujeres” (p. 143). Su propuesta invita a pensar que las cualidades del género dependen de lo que el otro conceda, ya sea como su opuesto o como su diferencia, así pues “cada sujeto se asume como el que es y como el que no es, y el otro del género constituye los límites de lo que cada uno es y no es... [y] el cambio del otro pone en riesgo lo que cada uno es” (pp. 145-146).

En la concepción de Butler (2007) sobre el género, explica “que el deseo refleja o expresa al género y que el género refleja o expresa al deseo” (p. 80), así lo masculino se distinguiría de lo femenino mediante las prácticas del deseo heterosexual. Para Butler (2002) la identificación no se puede verificar, pues “la identificación es la escenificación fantasmática del evento” (p. 159), que se convierte en “esfuerzos fantasmáticos de alineamiento, de lealtad, de cohabitación ambigua y transcorporal; desestabilizan el `yo´; son la

sedimentación del `nosotros`” (p. 159). Esta identificación, entendida como una iterabilidad performativa (ya que “lo performativo funciona para producir lo que declara” [p. 163]) tiene su base en la prohibición. Así pues “el `sexo` siempre se produce como una reiteración de normas hegemónicas” (p. 162), pues para que sean eficaces, los actos performativos deben repetirse. También está el género como estilo corporal que tienen tres dimensiones:

- 1) “el sexo anatómico,
- 2) la identidad de género y
- 3) la actuación de género” (Butler, 2007, p. 268)

Para Butler (2007) es importante “la redescrición de los procedimientos intrapsíquicos, desde el punto de vista de la política de superficie del cuerpo” (p. 265), entendiendo que el yo es un ser corpóreo y el cuerpo el lugar donde se origina el placer y el deseo. Szasz (2002) reporta en sus investigaciones con mujeres rurales que practicaron la anticoncepción quirúrgica, que la sexualidad tiene normas que corresponden a la construcción cultural del género (sexualidad vinculada a la procreación; lo que niega la posibilidad de sentir deseo y placer en relaciones sexuales no procreativas), por lo que entre mayor arraigada la identidad de género, mayor es el control sobre la sexualidad.

Con esto podemos entender no sólo la relación interdependiente de los conceptos de género y sexualidad a lo largo de la historia, sino también como fenómenos psicosociales que afectan las particularidades de cada sujeto, es decir, como el género funciona como modelo de normatividad que se estructuran principalmente en torno a la sexualidad y la relación con los *Uaricha, Revista de Psicología, 13(31), Mayo, 2016* *Uaricha, Revista de Psicología, 13(31), Junio, 2016*

otros.

A continuación se presentan los hallazgos de algunas investigaciones que nos dan la pauta para pensar la sexualidad en el contexto de las ITS y el VPH, y cómo el género de manera mas o menos explicita es un factor importante a tomar en consideración.

II. La interferencia del Virus de Papiloma Humano en la sexualidad

Para Maissi, Marteau, Hankins, et. al. (2004), en su estudio con mujeres que asistían al médico por citología vaginal de rutina con distintos tipos de diagnóstico (portadora/disqueratósica, normal/sintomática, y limite/riesgo de cáncer), se encontró que en todos los casos el diagnóstico estuvo asociado con un alto nivel de ansiedad, angustia y preocupación por parte de las mujeres; tres fueron las variables involucradas en predecir la ansiedad: la edad (las de menor edad reportaron más ansiedad), percepción de riesgo de desarrollar cáncer cervical (el cual fue mayor en mujeres diagnosticadas que en otros grupos), y no saber qué significa los resultados del test (22% [217/1003] de mujeres no supieron qué significaban sus resultados y estuvieron asociadas a altos niveles de ansiedad). Las dos variables también predicen la angustia y la preocupación. Sanabria (2009) dice que en la detección tanto del VPH como de lesiones cervicales produce un estado de ansiedad y depresión, este estado de ánimo parece estar relacionado a la percepción de riesgo para la salud, es decir, la posible presencia de cáncer, dificultades futuras durante el embarazo, etc.

Teixeir, Fraxe, Alves y Sousa (2005) realizaron entrevistas a mujeres sobre el VPH que

estuvieron asistiendo a una clínica ginecológica, en su análisis de contenido que permitió les permitió ahondar en las expresiones emocionales, indicaron que todas tienen conciencia de la gravedad y de la forma de transmisión del virus y reconocen al condón como la mejor estrategia de prevención aunque lo perciben como un elemento incómodo en la sexualidad de la pareja, además de no sentirse cómodas al sugerir su uso, por ser este algo que compete al hombre. El no uso del preservativo estuvo asociado a: falta de información, disminución de la autoestima, desatención en el autocuidado, falta de autonomía, vergüenza o miedo a exponerse a una situación embarazosa por el uso del preservativo. Para estas mujeres tener VPH interfiere en las relaciones porque “produce un conflicto advenido a la cuestión ‘quién ha contagiado a quién’” (p. 194). Así, su preocupación estuvo en sentirse traicionadas por sus parejas, porque supone les han sido infieles (“una mujer que siempre ha desconfiado de la fidelidad de su marido, puede ver su sospecha confirmada” p. 193); en otros casos, la mujer pudo ver al VPH como un castigo por haber sido infiel.

También Sanabria (2009) dice que independientemente de diagnóstico citológico, algunas mujeres diagnosticadas positivo al VPH, reportaron peores relaciones sexuales, además “se sentían peor acerca de sus relaciones pasadas y futuras comparadas” (párr. 57). Esto puede ser debido a que el ejercicio de la sexualidad se ve cuestionada. Gálvez y Castro (2013) dicen que el VPH y el CaCu están estigmatizados por la relación directa al número de parejas sexuales: este estigma es autoimpuesto (o interno), y provoca *Uaricha, Revista de Psicología, 13(31), Junio, 2016*

que algunas mujeres se aíslan y viven en silencio el proceso de salud/enfermedad/atención para no dañar sus relaciones significativas. Otra consecuencia de la adquisición de VPH es la disminución de la actividad sexual. También señalan que el descubrimiento de alguna ITS puede provocar disfunciones sexuales y la separación de relaciones de pareja; este último por la desconfianza provocada por la convivencia de tener un compañero infectado.

Castellsagué, Bosch y Muñoz (2003), en su revisión de diversas investigaciones experimentales, epidemiológicas y casos clínicos, que pretenden entender mejor la historia natural y epidemiológica del VPH, encuentran que frente a la falta de detección precoz del virus, el riesgo en la mujer “depende menos de su comportamiento sexual que del de su esposo u otro hombre” (p. S346). Esta hipótesis es planteada en el modelo de Skegg, que describe distintos patrones de comportamiento sexual en las sociedades, los cuales pretenden acentuar el rol del hombre en la transmisibilidad del VPH:

Patrón A: Hombre y mujeres son monógamos.

Patrón B: Mujeres monógamas y hombres con varias parejas sexuales

Patrón C: Hombres y mujeres tienden a tener varias parejas sexuales.

Así pues, en el patrón A, la transmisibilidad es menor que en los patrones B y C.

El modelo de Skegg fue planteado inicialmente como resultado de una investigación en Estados Unidos en 1982, y luego aplicado a otras en distintos contextos como España y Colombia, entre 1985 y 1993, y cuyos

resultados de los casos control siguieron apoyando la hipótesis de que es el comportamiento sexual de hombres, en específico el contacto con prostitutas, un factor importante para el contagio de VPH (Castellsagué, Bosch y Muñoz, 2003).

III. El Virus de Papiloma Humano y el género: sobre las relaciones sexuales, de pareja y el uso del condón

Quinto (2012) realiza una investigación social sobre el género y la sexualidad en el campo de la salud por medio de entrevistas focalizadas a mujeres y hombres de entre 20 y 25 años que cursaban los últimos semestres de licenciatura, en los resultados se señala que es en la escuela y el ámbito familiar donde los jóvenes obtienen principalmente información sobre sexualidad, métodos anticonceptivos y prevención de ITS.

En el ámbito familiar se hace énfasis en evitar el embarazo y de manera secundaria la protección contra ITS. Pero es en los procesos de socialización con iguales donde se conforma el significado que se da “a temas relacionados con los vínculos de pareja, el ejercicio sexual femenino y masculino, el embarazo y las infecciones de transmisión sexual” (p. 179). Los tipos de relaciones de las que hablaron los sujetos, que “expresaron una valoración positiva a la experimentación sexual en el contexto de diversas formas relacionales que no convergen con la idea de un matrimonio o un embarazo cercano” (p. 180), se clasificaron en: noviazgo, relaciones de amantes y vínculos ocasionales. La fidelidad monógamica caracteriza al primer tipo, en las segundas no se expresa algún compromiso explícito pero hay un interés por la convivencia, y en los vínculos *Uaricha, Revista de Psicología, 13(31), Mayo, 2016* *Uaricha, Revista de Psicología, 13(31), Junio, 2016*

ocasionales, el compromiso es limitado y “no rebasa la pura satisfacción en la arena sexual” (p. 183). La importancia de las relaciones de pareja es que permiten la identificación del ser hombre o mujer, y la conexión entre sexualidad femenina y masculina; así en el proceso de los rituales de cortejo se ejecutan roles y se hace referencia a códigos de cómo debería ser tratado por el otro. Estos tres tipos de relaciones (noviazgo, relaciones de amantes y vínculos ocasionales) tienen diferente comportamiento respecto del uso del condón: en el noviazgo se abandona su uso bajo la premisa de la fidelidad monógamica, este compromiso de exclusividad sexual tiende a disminuir la percepción de riesgo de adquirir una ITS (se señala que es el código de confianza el que contribuye a este disminución, junto con el de amor-pasión); en los otros dos tipos se incrementa el uso del preservativo. Otro elemento que contribuye a prácticas no seguras es la esperanza de que la relación de amantes u ocasional transite a un vínculo formal, “el no uso del condón puede ser un símbolo que comunica la disposición para entablar un compromiso de fidelidad monógamica y la confianza para entablar otro tipo de relación más formal” (pp. 186-187). La estabilidad de una relación y el desarrollo de confianza contribuyen a la disminución del uso de protección, así pues según esta conclusión, el riesgo sería para las personas que se orientan a tener relaciones sexuales en un contexto romántico de pareja monógamica bajo un esquema de confianza.

Para Pedraza (2013), quien entiende que la presencia o ausencia de VPH u otra ITS es proceso y resultado de la interacción con la pareja (ésta se puede analizar por medio de la

trayectoria sexual), encontró en su investigación que la baja utilización de condón, el mayor número de compañeros sexuales y la percepción de que su pareja ha tenido parejas concurrentes incrementa las posibilidades de tener una displasia; siendo el número de parejas sexuales el elemento más importante (el intervalo de tiempo entre parejas parece ser un factor importante). En las trayectorias sexuales presentadas en su estudio “la presencia de displasias/VPH se asoció al comportamiento de su compañero sexual” (p. 192), también la percepción de la mujer de “que la última pareja le era infiel incrementó la probabilidad de tener displasia” (p. 193). Las mujeres sin displasia presentaron mejor percepción de riesgo de ITS y son buenas usuarias de métodos de protección. Es importante señalar que las mujeres que reportaron uso del condón en la primera relación sexual disminuyeron la probabilidad de tener displasia.

Gayet (2011) dice que son las construcciones culturales sobre las relaciones de género lo que impide una conceptualización de riesgo que lleve a evitar prácticas sexuales de riesgo. El análisis discursivo de archivos históricos (desde el enfoque de historia de las mentalidades) y a jóvenes universitarios entrevistados (metodología sociodemográfica), muestra que hay tres líneas argumentales sobre el riesgo de contraer una ITS:

- 1) El esquema primario: este se caracteriza por la feminización de las ITS, es decir, se focaliza las infecciones en las prostitutas y las “mujeres fáciles”.
- 2) Los otros grupos de riesgo: el autor llama a esto, argumentos en los intersticios, y pone el

acento en la identificación de grupos de riesgo y vulnerables, se señala como fuente de contagio a “los extranjeros, las niñas bien, los faltos de higiene, los obreros, la población rural, los homosexuales, la población de sitios fronterizos y turísticos” (p. 272), mientras no se tenga relación con estos grupos, no habría riesgo de contraer ITS.

- 3) El enfoque en las prácticas: surge en la última década del siglo XX y viene a sustituir la etapa anterior que orienta a la discriminación. En esta se señalan las prácticas que pueden conducir a un riesgo de infección, como el coito sin condón.

Estas tres líneas argumentales son un producto histórico y cultural, y “no son inalterables, se construyen y reconstruyen permanentemente a partir de múltiples disputas ideológicas y prácticas” (Gayet, 2011, p. 273), por lo que supone no su desaparición sino su actualización constante y complementariedad.

Específicamente en el análisis del discurso de los jóvenes hecho por Gayet (2011) en referencia a los riesgos sexuales, se sugiere “que la mujer se embaraza y el hombre se infecta” (p. 275). En la jerarquización de estos, el embarazo está en primer lugar seguido por la adquisición de SIDA, “aunque señalaron que este último sólo está presente en el nivel discursivo y no en sus prácticas sexuales” (p. 275), también se comentó que las ITS no estaban presentes en su entorno y que hablar de ellas no es fácil debido a los estereotipos que las rodean. En este sentido se encontraron dos sesgos en la percepción de riesgo: “el de inmunidad (“no me va a pasar a mí”) y el de complacencia (“fuera de la vista, fuera de la

mente”)” (p. 275). En sus patrones de interacción se identificó una tipificación según el esquema primario, describiendo a las mujeres como 'buenas' y 'zorras', asumiendo que el riesgo está en el contacto con las segundas.

Esa misma tipificación se usó en la lógica del uso del condón, “lo usan con las novias para prevenir embarazos, y con las 'locas' o las trabajadoras sexuales, para prevenir ITS” (pp. 276 - 277). Se afirmó que portar permanentemente un condón puede ser la clave para tener prácticas protegidas, pero esta situación puede ser condicionada por los estereotipos que modela la interacción sexual, “la mujer que porta condones puede ser calificada de 'zorra', el hombre que los porta puede ofender a la mujer por ser considerado una manifestación de deseo sexual” (Gayet, 2011, p. 277). Por último, se explica que la búsqueda de culpables cuando se contrae una ITS, reproduce el sistema de género tradicional.

Habría en su lugar que reconocer la importancia del deseo y el placer sexual, para alejarse de los estereotipos y grupos estigmatizados a la hora de la prevención de ITS.

IV. Reflexiones finales

Se mencionaron algunas perspectivas sobre la construcción del género enfatizando por un lado, el sexo como fundamento, cuya referencia a lo genital acentúa lo tangible y lo fisiológico, y por otro, la sexualidad que permite explorar las particularidades subjetivas e individuales, como el ejercicio sexual y el deseo. La relación entre estos tres conceptos (sexo, género, sexualidad) parece estar estrechamente relacionada, pero su trasposición a veces no es tan clara.

Encontramos al género como una construcción previa al sexo, luego al género marcado por el sexo enfatizado por la medicina y la organización genital, después a la sexualidad como producto de la teorización de estas dos posiciones anteriores (sobre lo que significa ser hombre o mujer), y por último, la construcción de género que se cruza con la sexualidad y sus prácticas.

El VPH es expuesto como un caso que permite analizar el cruzamiento entre género y sexualidad de manera importante. Una de las características del VPH es que sus síntomas no son visibles o fácilmente detectados. Esto es importante por que sugiere un cambio en las prácticas sexuales, además de una constante vigilancia de la propia sexualidad, principalmente del uso del condón como método más eficaz para no contraer una ITS. Es decir en aspectos de la sexualidad que tienen que ver con la relación con los otros.

Es el género el que permite explorar esos modelos de normatividad que se estructuran principalmente en torno a la sexualidad y la relación con los otros; lo relacionado con la evaluación del vínculo afectivo, está presente en muchas de las prácticas sexuales de riesgo, como lo es el uso del condón. El género como construcción socio-cultural permitiría también explorar la construcción de mitos y creencias alrededor de las diversas prácticas sexuales. Y como modelo normativo, describir y cambiar las prácticas performativas (entendida desde la identidad y actuación de género) (Butler, 2002) que dificultan dar cuenta de sí mismo y poner en práctica la responsabilidad y ejercer conductas sexuales de cuidado (en este aspecto habría

que profundizar sobre su iterabilidad performativa, tanto a nivel de lenguaje como de su actuación). O en otros términos, identificar los mandatos de género (Lagarde, 2005) que actúan en la particularidad de la relación con los otros y que puedan regular, en el contexto de la sexualidad, estas conductas.

También sería importante conocer si el diagnóstico de VPH produce un cambio o no en las prácticas sexuales de las personas afectadas, para así pensar en el ejercicio de la sexualidad y los efectos de la dimensión social del propio padecimiento, para que además de comprender los determinantes de la identidad de género, se considere el papel del deseo, entendido este como actuación de género. Profundizar en estas cuestiones podría orientar a mejorar las recomendaciones preventivas en materia de salud sobre el VPH.

Referencias

- Alfaro, A. C. y Fournier, M. P. (2013). Virus de Papiloma Humano. *Revista médica de Costa Rica y Centroamerica* 70 (606), 221-217. Recuperado en Agosto 3, 2013, en: <http://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/606/art3.pdf>
- Agenda San Luis. (2014). Aplicarán vacuna contra el Virus de Papiloma Humano a niñas de 9 a 11 años. Recuperado en Octubre 20, 2014, en: <http://www.agendasanluis.com/eventos/aplicaran-vacuna-contra-el-virus-del-papiloma-humano-ninas-de-09-11-anos/>
- Butler, J. (2002). *Cuerpos que importan: sobre los límites materiales y discursivos del "sexo"*. Buenos Aires: Paidós.
- Butler, J. (2007). *El género en disputa. El feminismo y la subversión de la identidad*. Barcelona: Paidós.
- Butler, J. (2011). *Violencia de Estado, guerra, resistencia. Por una política de la izquierda*. Madrid: Katz.
- Castellsagué, X. Bosch, F. X. y Muñoz, N. (2003). The male role in cervical cáncer. *Salud Pública de México*, 45 (3), pp. S345-S353. Recuperado en Septiembre 25, 2014, en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10609708>
- Curiel-Valdés, J. de J. (2008). El diagnóstico del virus del papiloma humano en el contexto de la vacuna. *Cirugía y Cirujanos*, 76 (1), 1-3. Recuperado en Marzo 9, 2014, en: <http://www.redalyc.org/pdf/662/66276101.pdf>
- Díaz-Loving, R. y Robles, M. S. (2009). Atracción, romance, sexo y protección en adolescentes. *Enseñanza e investigación en Psicología* 2 (4), 215-228.
- Dirección General de Epidemiología (DGE). (2014). Desarrollo, evolución y estadística del Virus de Papiloma Humano. *Boletín Epidemiológico*, 16 (31), 1-68. Recuperado en Mayo 6, 2014, en: <http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/octos/boletin/2014/completo/sem16.pdf>
- Dorlin, E. (2009). *Sexo, género y sexualidades. Introducción a la teoría feminista*. Buenos Aires: Nueva Visión.

- Foucault, M. (1991). *Saber y verdad*. Madrid: La Piqueta.
- Foucault, M. (2013). *La inquietud por la verdad. Escritos sobre la sexualidad y el sujeto*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno.
- Gálvez, A. M. del C. y Castro, V. M. del C. (2013). El estigma en mujeres diagnosticadas con VPH, displasia y cáncer cervicouterino en Hermosillo, Sonora. *Estudios Sociales* 23 (42), 259-278. Recuperado en Febrero 20, 2014, en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=41728341011>
- Gayet, C. I. (2011). *Infecciones de transmisión sexual en México: la influencia de las relaciones de género en la construcción del riesgo* (Tesis doctoral). COLMEX: D. F.
- Giuliano, A. R., Lazcano-Ponce, E., Villa, L. L., et. al. (2008). The Human Papillomavirus Infection in Men Study: Human Papillomavirus Prevalence and Type Distribution among Men Residing in Brazil, Mexico, and the United States. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*, 17, pp. 2036-2043. Recuperado en Marzo 24, 2014, en: <http://cebp.aacrjournals.org/content/17/8/2036>
- Guinsber, E. B. (2001). Fantasías (tal vez delirantes) acerca de lo que hoy diría Freud sobre la sexualidad. En I. M. Jáidar (comp.), *Sexualidad: símbolos, imágenes y discursos* (79-98). México: Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco.
- Hilpert, C. J. y Brem, K. S. (2013). Dissatisfaction and engagement as motivators of conceptual change in a naturalistic internet-based search about HPV. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 11 (30), 285-310. Recuperado en Febrero 25, 2014, en: <http://www.redalyc.org/pdf/2931/293128257001.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2008). *Mujeres y hombres en México 2008*. Archivo 2. Recuperado en Septiembre 26, 2013, en: http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/integracion/sociodemografico/mujeresyhombres/2008/myh2008feb28_2.pdf
- Juárez-Albarrán, A. C. y Juárez-Gámez, C. A. (2008). Vacuna contra el virus del papiloma humano. *Revista Medica Instituto Mexicano del Seguro Social*, 46 (6), 631-638. Recuperado en Marzo 8, 2014, en: http://revistamedica.imss.gob.mx/index.php?option=com_multicategories&view=article&id=962:vacuna-contr-a-el-virus-del-papiloma-humano&Itemid=613
- Lagarde, M. (2005). *Los cautiverios de la mujeres. Madresposas, monjas, putas, presas y locas*. México: UNAM.
- Laqueur, T. (1990). *La construcción del sexo. Cuerpo y género desde los griegos hasta Freud*. Madrid: Cátedra.
- Maissi, E., Marteau, T. M., Hankins, M., Moss,

- S., Legood, R. y Gray, A. (2004). Psychological impact of human papillomavirus testing in women with borderline or mildly dyskaryotic cervical smear test results: cross sectional questionnaire study. *The BMJ*, 328, pp. 1293-1296. Recuperado en Septiembre 12, 2014, en: <http://www.bmj.com/content/328/7451/1293>
- Moulin, A. M. (2006). El cuerpo frente a la medicina. En J.-J. Courtine (dir.), *Historia del cuerpo. Las mutaciones de la mirada en el siglo XX*. vol. 3, (pp. 29-80). Madrid: Taurus.
- Pedraza, N. C. (2013). Trayectorias sexuales y riesgo de ITS/VPH en mujeres adultas de la delegación Venustiano Carranza en la Ciudad de México (Tesis doctoral). COLMEX: D.F.
- Quinto, F. E. P. (2012). Sexualidad y género: un estudio sobre relaciones de pareja y prácticas sexuales de uso y no uso del condón en jóvenes mexicanos (Tesis de maestría). COLMEX: Ciudad de México.
- Reiter, P. L., Pendergraft, W. F. y Brewer, N. T. (2010). Meta-analysis of Human Papillomavirus Infection concordance. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*, 19, pp. 2916-2931. Recuperado en Septiembre 13, 2014, en: doi:10.1158/1055-9965.EPI-10-0576
- Ríos, S. M. R. y Mendoza, A. F. (2012). Programa de prevención de riesgo de cáncer cérvico-uterino (CaCu) para estudiantes universitarias. *Alternativas en Psicología* 16 (26), 68-77. Recuperado en Abril 28, 2014, en: <http://alternativas.me/attachments/article/23/7%20-%20Alternativas%20en%20Psicolog%C3%ADa%20%2026.pdf>
- Sanabria, J.G. N. (2009). Virus del Papiloma humano. *Revista Ciencias Médicas* 13 (4), 1-23. Recuperado en Junio 18, 2013, en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1561-31942009000400019&script=sci_arttext
- Secretaría de Salud del Estado de Veracruz (SSEV). (2014). Semanas Nacionales de Salud. Recuperado en Octubre 24, 2014, en: <http://web.ssaver.gob.mx/saludpublica/files/2014/02/mensajero-SNSalud.pdf>
- Sohn, A.-M. (2006) El cuerpo sexuado. En J.-J. Courtine (dir.), *Historia del cuerpo. Las mutaciones de la mirada en el siglo XX*. vol. 3, (pp. 101-134). Madrid: Taurus.
- Sontag, S. (2005). *La enfermedad y sus metáforas y El SIDA y sus metáforas*. 2ª edición. Buenos Aires: Taurus.
- Szasz, I. (2002). Género y valores sexuales. Un estudio de caso entre un grupo de mujeres mexicanas. En F. J. Mercado, D. Gastaldo y C. Calderón. *Investigación cualitativa en salud en Iberoamérica. Métodos, análisis y ética* (pp. 130-155). México: Universidad de Guadalajara, Centro Universitario de Ciencias de la Salud.
- Teixeir, D. Q., Fraxe, S. P., Alves, R. de Sousa.

(2005). Infecção pelo Papiloma Vírus Humano (HPV): incertezas e desafios. *Acta Paulista de Enfermagem*, 18 (2), pp. 190-196. Consultado en Octubre 22, 2014, en: <http://ref.scielo.org/sy743y>

Torres-Poveda, K. J., Cuadra-Hernández, S. M., Castro-Romero, J. I. y Madrid-Marina, V. (2011). La política focalizada en el programa de vacunación contra el Virus del Papiloma Humano en México : aspectos éticos. *Acta Bioethica*, 17 (1), 85–94. Recuperado en Marzo 13, 2014, en: doi.org/10.4067/S1726-569X2011000100010

Vargas, I. L. E. (2003). El otro género. En I. M. Jáidar (comp.). *Convergencias en el campo de la subjetividad* (137-159). México: UAM-X, CSH, Depto. de Educación y Comunicación.

Zacarías-Flores, M. (2006). Virus del papiloma humano (VPH) y su potencial prevención a través de una vacuna. *Bioquímica*, 31 (3), 83-84. Recuperado en Marzo 11, 2014, en: <http://www.redalyc.org/pdf/576/57631301.pdf>

Zaldívar, G. L. de L., Martín, F. M., et. al. (2012). Cáncer cérvicouterino y virus del papiloma humano. *Revista Chilena Obstétrico Ginecológica*, 77 (4), 315-321. Recuperado Junio 28, 2013, en: doi.org/10.4067/S0717-75262012000400014sdfs