



MASTER UNIVERSITARIO GÉNERO Y
DIVERSIDAD
UNIVERSIDAD DE OVIEDO

TRABAJO FIN DE

LA DEMONIZACIÓN DE LA
SEXUALIDAD FEMENINA A TRAVÉS
DE LA MEDICALIZACIÓN: EL VIRUS
DEL PAPILOMA HUMANO. UN
PROYECTO DE INVESTIGACIÓN
TESIS DE MÁSTER

ANJALI DE LOS RÍOS
GUTIÉRREZ

Directora: Lourdes Pérez

Oviedo, julio de 2016

TESIS DE MÁSTER/PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PROFESIONAL

D^a:/D. Anjali de los Ríos Gutiérrez

TÍTULO: La demonización de la sexualidad femenina a través de la medicalización: El virus del papiloma humano. Un proyecto de investigación.

DESCRIPTORES O PALABRAS CLAVE: VPH, sexualidad femenina, medicalización.

DIRECTOR/A: Lourdes Pérez

1. Resumen en español

El virus del papiloma humano -VPH- es la infección sexual más expuesta a nivel público en la actualidad. Tanto las políticas públicas como el sector sanitario, desde hace unos años, han hecho de éste un problema de salud masivo y preocupante. Sin dejar de lado que existen unas implicaciones sanitarias bajo su contagio, la alarma social es desproporcionada frente a la realidad del virus. El aspecto económico del tratamiento se viene estudiando casi desde la implantación de la vacuna como vía para evitar enfermedades derivadas. También se han estudiado los efectos secundarios en la salud de las niñas y mujeres que se vacunaron. Ninguna de las dos vías tiene resultados positivos ni frente a la salud de las mujeres, ni a efectos de salud social. Entendemos que existe una dimensión más, hasta ahora no trabajada profundamente, que es el factor ideológico como estructura de la realidad que ha envuelto al VPH. Aquí encontrarán una propuesta de trabajo para investigar esta idea.

2. Resumen en inglés

In the present, the Human Papilloma Virus -HPV- is the sexually-transmitted infectious disease which is most exposed at the public level. Both the public policy and the health sector have made this a problem of massive and worrisome health for some years. Without forgetting that there are some health implications under its contagion, social alarm is disproportionate to the reality of this virus. The economic aspect of its treatment has been studied almost since the introduction of the vaccine as a way to prevent related illnesses. They have also been studying its effects on the health of both girls and women who had been vaccinated. None of these two ways has positive results regarding women's health or social health effects. We understand that there is a dimension which hitherto has not been worked deeply enough, that is, the ideological factor as the structure of reality which has hidden the HPV. Here you will find a work proposal to investigate this idea.

LA DIRECTORA DEL PROYECTO

LA AUTORA

Fdo.:

Fdo.:

<p style="text-align: center;">AUTORIZACIÓN PARA CONSULTA DE TESIS DE MÁSTER/PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PROFESIONAL CON FINES DE INVESTIGACIÓN</p>
--

Dña./D Anjali de los Ríos Gutiérrez,

, como autora/autor de la Tesis de máster/Proyecto de investigación profesional titulada/o **LA DEMONIZACIÓN DE LA SEXUALIDAD FEMENINA A TRAVÉS DE LA MEDICALIZACIÓN: EL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO. UN PROYECTO DE INVESTIGACIÓN**, por medio de este documento expresa su autorización para que dicha obra sea utilizada con carácter no lucrativo y con fines exclusivos de investigación. Deberán respetarse, en todo caso, los derechos que le asisten, establecidos en el Real Decreto Legislativo 1/1996 de 12 abril, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley de Propiedad Intelectual y en particular, conforme a su artículo 14.3º, el de que sea siempre reconocida su condición de autora/autor del trabajo, con inclusión del nombre y la referencia completa de la fuente, cuando se proceda a la reproducción directa o indirecta del contenido o de las ideas que aparecen en él.

Lo que declara a los efectos oportunos.

En Oviedo, a 27 de junio de 2016

Fdo.:



DECLARACIÓN CONTRA EL PLAGIO

D./ Dña **Anjali de los Ríos Gutiérrez**, estudiante del Programa Oficial de Postgrado *Máster Universitario Género y Diversidad*, por la presente declaro que el trabajo adjunto es una creación original propia, en la que las ideas de obras ajenas me han servido de inspiración o apoyo se encuentran debidamente referenciadas, con cita expresa de la fuente y autoría de que procedan.

Asimismo, declaro que los fragmentos de obras ajenas de cualquier naturaleza (escrita, sonora o audiovisual) o las obras aisladas de carácter plástico o fotográfico que he incluido en mi trabajo se encuentran debidamente identificadas como cita literal (entre comillas si se trata de textos) y con referencia a la fuente y autoría de la obra copiada.

Entiendo que de no haber actuado así habría incurrido en plagio, lo que supone un incumplimiento de las leyes, un atentado a los principios éticos del trabajo universitario y una falta de observancia de las instrucciones para la prevención del plagio aprobadas por la Comisión de Docencia del Máster y puestas a disposición del alumnado. Tal hecho habilitará a las personas encargadas de la evaluación y calificación de mi trabajo a no autorizar su defensa o a valorarlo desfavorablemente, según las circunstancias del caso.

En Oviedo, a 27 de junio de 2016

Fdo.:

ÍNDICE

PLANTEAMIENTO. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	6
ANTECEDENTES	9
IMPORTANCIA Y JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO	14
OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS. HIPÓTESIS DERIVADAS	16
METODOLOGÍA	18
PLAN DE TRABAJO	20
CONCLUSIONES. NUEVAS VÍAS QUE SE ABREN	22
BIBLIOGRAFÍA	23
ANEXO I	27
ANEXO II	29
ANEXO III	30
ANEXO IV	33

PLANTEAMIENTO. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

El virus del papiloma humano -VPH- es la enfermedad de transmisión sexual más frecuente en el mundo (Centro Médico Instituto Palacios 2010). El 75% de la población sexualmente activa lo ha albergado (Puerta 2014). La prevención en cuanto al desarrollo de patologías derivadas de esa infección pasa por la vacunación de la mujer -únicamente planteada para cuatro cepas de las casi doscientas-, a pesar de no ser ella la única que puede alojarlo, desarrollar tumores o infecciones ni mucho menos contagiarlo. Los hombres son portadores y transmisores al igual que las mujeres y también pueden desarrollar enfermedades derivadas del virus. Además, el VPH ha formado parte del paisaje ecológico microbiológico vaginal siempre (Gervás y Pérez-Fernández 2016, 325). ¿Por qué ahora es entonces la mujer quien se ve expuesta tanto mediática como clínicamente a modo de dueña, transmisora, y única víctima del contagio y, por ende, de la supuesta curación?¹

En sociedades patriarcales -la práctica totalidad de las conocidas- el cuerpo femenino se convierte en escenario de límites y fronteras entre lo socialmente permitido y lo censurado. Considerándolo, además, propiedad únicamente del hombre, el control de la sexualidad es un pilar fundamental para conservar esa normativización. De esa ideología dominante derivan la creación y aplicación de normas sociales y culturales, que sancionan cuáles son conductas apropiadas y cuáles no, perpetuando el sistema mediante el control social. Se suceden dos respuestas básicas: el castigo a quien falla, que se hará efectivo mediante el estigma social y la criminalización, o el premio a quien actúa acorde a lo establecido, definiendo su existencia como normativa e incluyéndosele pues en el contexto social.

“La sexualidad incluye conductas, emociones, prácticas y valores, y por ello tiene mucho de ética, cultura, espiritualidad, historia, legalidad, religión y sociedad”

¹ En la bibliografía adjunto un trabajo –Silva et al. 2013-, a mi forma de ver, bastante completo, sobre el virus del papiloma humano. En él se explica qué es, como da lugar su formación y desarrollo de manera concreta. Lo más interesante –y por eso lo añadimos en este trabajo- es que su explicación se relaciona con la vivencia en el varón. Muchas veces se nos argumenta que no existe diagnóstico para el hombre, algo que aquí vemos desmentido.

(Gervás y Pérez-Fernández 2016, 65). Hoy día pocas personas analizarán la sexualidad como algo puramente biológico y perteneciente al ámbito privado: lo harán entendiendo todas sus magnitudes. Esta reglamentación y sus implicaciones se perciben de forma más clara en quienes salen de la norma: estas son las minorías sociales, quedando expuestas a lo que llamamos anteriormente “castigo”. Existe un grupo que, a pesar de no entra dentro de la definición de minoría social -representa casi el 52% de la población mundial- vive en situación de opresión: estas son las mujeres.

Las mujeres tienen reglamentada su vida sexual bajo criterios patriarcales. Se influye en el deseo sexual femenino, definiendo y regulándolo en base al deseo sexual del varón. Todos los factores que deciden qué es sexualidad -lo normativo y lo discriminado- nacen y se configuran alrededor de una ideología absolutamente machista. El heteropatriarcado actúa como sistema que regula las prácticas sexuales, limitando la capacidad decisoria en materia sexual, no sólo de esas minorías, sino de las mujeres en su conjunto, estigmatizando lo que quede fuera de “lo que se espera” de ellas. Es la herencia recibida de la construcción social de la ética sexual en base a la religión y la cultura gobernada por hombres y para hombres.

Quizás en este momento alguien argumentase que esto quizás sucediera en el siglo pasado -como tarde-, pero que hoy día la revolución sexual ha dado sus frutos y todas las regulaciones, las estructuras de poder y la dominación sexual masculina ya es historia. Nada más alejado de la realidad. Lo que el patriarcado ha desarrollado son nuevos métodos de control (G. Aguilar 2015), más sutiles y difíciles de identificar. Se ha reinventado: sin embargo, sigue imponiendo la cultura sexual del bien. La revolución sexual nunca rompió con los estereotipos de género y los mitos, operando los roles de manera semejante a como lo hacían antes de los 70. La metáfora del teatro (Varela 2008) explica a la perfección en qué consisten esos roles y su validez social: la actriz que actúa bien recibirá el aplauso del público, mientras que la que lo hace mal quedará censurada de los escenarios. En nuestra sociedad, la mujer que cumple con las exigencias será la buena actriz y, por tanto, aceptada socialmente, mientras que la mujer que rompe estereotipos quedará expuesta al estigma y la censura.

Una de las vías empleadas para marcar las diferencias reside en el sistema sanitario. La mujer ha sido un agente de salud histórico (Gervás y Pérez-Fernández 2016, 15) sometido de manera enfermiza. La salud de las mujeres se entiende como un gran negocio, y tiende a analizarse en términos económicos. En lo que a sexualidad femenina se refiere, no sólo actúa este principio maximizador sino que además debemos

añadirle la atención clínica moralista por parte de los especialistas. Las limitaciones biomédicas de la sexualidad son una realidad, y la medicalización² es unidireccional: el nicho de mercado se centra en las mujeres.

Las farmacéuticas han encontrado nuevas formas de explotar ese sector del mercado. Un ejemplo de esa medicalización unidireccional apoyada en factores políticos, económicos y moralistas es la vacunación contra el virus del papiloma humano. Como veremos más adelante, las implicaciones económicas de esta vacuna en contraposición a sus consecuencias sociales y sanitarias dejan claro que la dimensión económica es la que prima. Aquí trataremos de ir un paso más en el análisis, pues creemos que además de este factor existe otra dimensión implicada que ejerce gran fuerza en cuanto al diagnóstico y el tratamiento del VPH: esta es la dimensión ideológica. Confluyen diversos factores que ambientan un contexto patriarcal donde la mujer sigue siendo denostada en materia sexual, explicando la realidad en torno al virus. Intentaré exponer cuáles son, bajo mi punto de vista, estos elementos que han sido estudiados de manera separada y que aquí haremos entrar en relación para completar nuestro discurso. Una vez dibujada la realidad teórica, expondré cuáles son las herramientas útiles y los procesos investigadores para analizar esa realidad y confirmar nuestra tesis: si realmente existe una dimensión ideológica detrás de la enfermedad y la vacunación.

² “Los estudios sobre la medicalización la presentan como un proceso por el que ciertos fenómenos que formaban parte de otros campos, como la educación, la ley, la religión, etc., han sido redefinidos como fenómenos médicos. El diccionario de salud pública de Kishore conceptualiza la medicalización como “la forma en que el ámbito de la medicina moderna se ha expandido en los años recientes y ahora abarca muchos problemas que antes no estaban considerados como entidades médicas”. Y añade que incluye una gran variedad de manifestaciones, como las fases normales del ciclo reproductivo y vital de la mujer (menstruación, embarazo, parto, menopausia), la vejez, la infelicidad, la soledad y el aislamiento por problemas sociales, así como la pobreza o el desempleo”. (Márquez y Meneu en Pérez 2010, 64).

ANTECEDENTES

Gran parte de la literatura crítica -por no generalizar hasta la totalidad³- que encontramos sobre el VPH trata la problemática ética entre las pruebas de efectividad de la vacuna y su comercialización. La vacuna está en fase experimental: no hay pruebas concluyentes del beneficio humano (Gervás y Pérez-Fernández 2016, 313). La poca información que tenemos habla de que la vacuna ofrece protección limitada en cuanto: al tipo de lesiones -precancerosas provocadas por los virus contra los que se vacuna-, el tipo de cepa que nos infecte -se ha conseguido una nueva vacuna que protege contra nueve tipos- (Gervás y Pérez-Fernández 2016, 306) y el tiempo -un máximo de cinco años (Nmurcia 2016)-. ⁴

Muchas críticas surgen desde esta realidad. Mujeres y Salud divulgó en 2007 un dossier informativo⁵ sobre la vacunación recogiendo toda la información necesaria. Como señala la doctora Diane Harper (Nmurcia 2016): “El beneficio para la salud pública es inexistente” por diversas razones. En primer lugar, España es el país de la Unión Europea con las cifras más bajas de mortalidad debido al cáncer de cuello de útero. Del 70% de infectadas fallecen el 1% (Mujeres y Salud 2007, 20): es decir, dos mujeres por cada 100.000 fallezcan al año a causa de esta enfermedad. En segundo lugar, las cifras manifiestan una tendencia mortal decreciente de manera natural. Estados Unidos, el país con mayores índices de contaminación de VPH, la tasa se ha reducido un 72% desde 1955 hasta 1992 (Nmurcia 2016). Esta tendencia sigue sucediéndose y no parece que vaya a disminuir prontamente. No vamos a hablar aquí de cuáles pueden ser las razones: la realidad es que no se han tenido en cuenta a la hora de, como señala Leonor Taboada (Mujeres y Salud 2007, 19), “[a]larmar a la sociedad ante una ‘epidemia’ feroz de cáncer de cuello de útero mediante una burda manipulación y

³ En nuestra bibliografía: Gervás y Pérez-Fernández 2016: Mujeres y Salud 2007: Valls 2006: Vallas 2009: Nmurcia 2016: Sánchez 2012, entre otros.

⁴ En la bibliografía encontrarán artículos y libros que tratan de manera específica toda la problemática en torno a la vacunación. No considero necesario aquí centrarme en explicarlo, pues este trabajo no se enfoca en ese aspecto del tema.

⁵ Este dossier recoge entrevistas y escritos críticos de especialistas médicos sobre el VPH.

tergiversación de datos sobre incidencia y mortalidad como sobre las virtudes de la vacuna”⁶.

Además, el virus es una condición necesaria para el desarrollo de tumores cervicales, pero no suficiente. El gradiente social (Sánchez 2012, 622) afecta a la progresión entre colonización y lesión: la pobreza y el analfabetismo, la prostitución, el limitado acceso a los servicios sanitarios y vivir en el ámbito rural son factores determinantes del desarrollo de la enfermedad. Cuatro de cada cinco mujeres infectadas nunca se realizó una citología (Sánchez 2012, 622). Por todo esto, la campaña de vacunación no tiene sentido pues no llega a las mujeres que presentan las más altas tasas de mortalidad en torno al virus: estamos vacunando a niñas que, atendiendo a la evolución natural que hasta ahora presenta el VPH, no sufrirán complicaciones derivadas de éste.⁷

Dinamarca ha sido uno de los primeros países europeos en destapar las manipulaciones. Han advertido la falta de rigurosidad del informe de la EMA -European Medicines Agency- sobre la vacunación: entre otras razones, porque los laboratorios que crean la vacuna han sido los encargados de recoger los datos que analiza dicho informe, el cual realiza la recomendación final sobre la utilización de la vacuna (Nmurcia 2016). El lobby farmacéutico ha actuado de manera interesada. La investigación de la efectividad de la vacuna no es factible pues resultaría muy larga en el tiempo -puede que hasta 40 años- por lo que no hay pruebas concluyentes que garanticen su alcance. Aun así, su poder es tal que los estados han permitido su distribución, y hasta han actuado de empresa publicitaria a pesar de la maniobra partidista y las evidencias reales, utilizando a adolescentes como cobayas.

Muchos profesionales del sistema sanitario han alzado la voz contra este tratamiento por experimental y perjudicial en muchos casos⁸. Carlos Álvarez, Mercedes Pérez y Juan Gervás entre los nombres nacionales: Patrick Brills-Edwards, Louis Brinth, Karsten Juhl Jorgesen, Svetlana Blitshreyn y la mencionada Diane Harper entre

⁶ En los capítulos que giran en torno al virus del papiloma humano de *El encarnizamiento médico con las mujeres* se adjuntan artículos y noticias tanto a favor como en contra de la utilización de la vacuna. Los defensores no se basan en datos fiables: la razón la obtienen mediante la estrategia del miedo.

⁷ La ley de cuidados inversos de Julian Tudor Hart explicaría por qué sucede. ““The availability of good medical care tends to vary inversely with the need for it in the population served [...] This inverse care law operates more completely where medical care is most exposed to market forces, and less so where such exposure is reduced” (Tudor 1971, 405-412).

⁸ “...graves efectos adversos, como son el fracaso ovárico, las enfermedades autoinmunes, la uveítis, las alteraciones neurológicas, las embolias pulmonares o la muerte”. (Gervás y Pérez-Fernández 2016, 307).

muchos más, a nivel internacional. Organizaciones y movimientos sociales también han alzado su voz contra esta vacuna, las farmacéuticas y los permisivos estados: la Asociación de Médicos Clínicos, el Centro para el Control y Prevención de Enfermedades de Estados Unidos, la plataforma *No gracias* y el movimiento internacional *Choose Wisely*.

¿Qué razón permite y facilita su introducción en los planes de vacunación⁹? El neoliberalismo sexual (Ana de Miguel 2015) actúa como primer factor explicativo, -único trabajado hasta ahora-. Este término hace referencia a la objetivización en la era del neoliberalismo de la vida humana, y específicamente de las mujeres: ésta se convierte en mercancía y cada atributo se transforma en potencial nicho de mercado. Con las mujeres, en la mayor parte de sectores donde se nos visibiliza, claramente lo ha logrado. La prostitución y el porno androcéntrico son los ejemplos más visuales, pues la mujer es una mercancía en sí misma, pero no los únicos.

La medicalización femenina en temas reproductivos y sexuales siempre ha estado muy presente: desde el proceso de embarazo, parto, lactancia, hasta la maternidad, como también la menstruación y la menopausia. Un hombre puede sortear el sistema de salud hasta muy avanzada edad, mientras que la mujer, prácticamente desde la primera menstruación, se encuentra imbuida dentro del engranaje. Este hecho no es casual: la medicalización está diseñada y gestionada por hombres y para hombres, les permite un control estricto de la salud y de la gestión del cuerpo femenino, que pasa a ser un aspecto de carácter público. El cuerpo de la mujer es centro de las políticas de control social (Dary Flores). Mediante la noción de protección inoculada en las ciudadanas, el modelo patriarcal logra afianzar su hegemonía en el sector de la salud, y desde ahí posee la capacidad para renombrar cualquier actitud que salga de su norma, definiéndola como sana o insana, condicionando así el desarrollo conductual de la mujer y moldeando su inconsciente. Es aquí donde encaja el virus del papiloma humano y su tratamiento en el sistema de salud.

Aún hay más. Es cierto que las críticas se dirigen hacia este aspecto economicista y poco humano. Se señalan los beneficios económicos, el poder del lobby y la actuación arbitraria de los estados: como bien expresa *Mujeres y Salud* (2007) en el título del dossier “¿[vacuna del VPH,] ¿protección de las niñas o de la industria?”. Ya señalamos que es un aspecto que necesariamente debe hacerse público: no obstante, no

⁹ En España forma parte del calendario obligatorio: en otros países la fórmula varía.

es por sí mismo factor explicativo. Aquí encontramos la razón economicista, pero a esta le acompaña un contexto ideológico el cual dirige su maquinaria hacia la mujer a través de un discurso veladamente sexista. Repasemos los factores que son útiles para esta explicación. Estudiaremos los que, bajo mi criterio, influyen en la realidad del VPH. No se han estudiado relacionándolos con este contexto: aquí trataremos no sólo de ver su papel en relación al virus, sino que además los pondremos en contacto unos con otros para presentar una evaluación mejorada.

Como señalamos anteriormente, la sexualidad tiene mucho de cultura, historia y ética. No podemos estudiar un fenómeno social sin atender cómo ese contexto ha sido originado. La religión ha sido la base para crear no sólo las estructuras de poder de las sociedades actuales, sino la ética y la moral. En España, los preceptos de la moral cristiana siguen extendidos en la sociedad, aunque directamente no se eduque en su creencia. Como cuenta Jacinto Choza (Choza 2006), la religión cristiana abordó la sexualidad humana de una manera concienciada y autocomplaciente para con sus intereses. Construyó un universo sexual para la mujer donde las vinculaciones con su deseo estaban ligadas con el pecado. El placer sexual femenino es malo por agente corpóreo y material: lo único que legitima las prácticas sexuales en las mujeres es su deber moral de procreación. La normatividad ponía en alza la abstinencia sexual y la castidad femenina -el orden social dependía de la fidelidad femenina-. Eran valores cristianos que hacían de una mujer una buena mujer.

En el siglo XVIII la sexualidad se acuña como término científico (Choza 2006), con su definición, limitaciones y niveles de gravedad: es entonces cuando no sólo las conciencias se moldean en base a la ideología eclesiástica, sino que la ciencia y el derecho se formulan en base a esa normatividad. La moral sexual moderna, por justificada científicamente, fue desarrollándose y transmitiéndose siglo tras siglo: hoy día las sociedades que bebieron del culto cristiano poseen creencias religiosas heredadas en el inconsciente. Las mujeres siguen asociadas a esa dicotomía del ser: o perteneces a la marianología -la buena madre y esposa- o eres de las malas (García 2012). La negación de la sexualidad femenina durante tantos siglos ha calado en nuestro interior: se ejerce una sugestión colectiva mediante esas creencias religiosas enraizadas en nuestra cultura que nos llenan de culpabilidad moral por sentir deseo sexual.

La influencia de la cuestión religiosa no sólo se aprecia en la conciencia colectiva, sino que también influyó en el desarrollo de las ciencias de la salud. La ciencia crece en el sentido que la ideología dominante le permite: nunca saliendo de las

creencias y valores establecidos en sociedad¹⁰. La medicina moderna sustituyó a la religión desarrollando propuestas moralistas en torno a cómo debe ser el sexo ideal, en base al mismo razonamiento, pero justificadas por la ciencia (Gervás y Pérez-Fernandez 2016). La medicina vuelve a ser un sector gobernado por los hombres por la defensa de sus intereses. Además de esto, se conforma y consolida como una esfera de conocimiento incuestionable. El holismo médico es un hecho: el médico será una autoridad. Aplicaré el término del sociólogo Diego Gambetta (2008) “macho discursivo”, el cual él utiliza dentro del sector de la literatura, pero creo que es útil y aplicable al caso. El médico, por cuestión de ser, representa una figura inviolable y, por tanto, el poderismo (Sau 2001, 12) que ejerce el facultativo en el acto médico no deja lugar a respuesta por parte de la paciente. Es una cuestión del valor al conocimiento científico que se le ha otorgado a nuestra sociedad como único válido: el que lo maneja posee la verdad absoluta y no admite cuestionamiento. No existe entre las pacientes un pensamiento autónomo y razonado -en muchas ocasiones porque no se les permite-.

Nada de esto sería posible si no existiese un sistema patriarcal que regulase todas las prácticas. En las sociedades avanzadas -como se considera a la española- rige lo que Alicia Puleo denomina como patriarcado de consentimiento (Amorós 1995, 18). El control no se produce de manera represiva: el discurso hegemónico transmite un mensaje que hace que nosotras desarrollemos un autocontrol coercitivo y tratemos de alcanzar el ideal femenino, el cual no es más que otra construcción masculina para resolver sus necesidades. Así bien, nadie nos dice cómo debemos disfrutar de nuestra sexualidad: con todo el engranaje ideológico que sutilmente nos invade y moldea nuestro ideario, nosotras construimos la mujer modelo (Trujillo 2007), y transformamos nuestros cuerpos en cárceles de auto exigencia (G. Aguilar 2015).

Creemos que el virus del papiloma ha sido una nueva estrategia del patriarcado, por medio del ya empleado de muchas otras formas sistema sanitario, para criminalizar la sexualidad femenina. La salud de la mujer se ha convertido en un instrumento para controlar su sexualidad (Sabaté 2016), la vacunación del VPH es una de las muchas formas en las que se materializa. Las relaciones sexuales son: asimétricas, no-igualitarias y no-corresponsables (Mujeres y Salud 2007). Este último punto nos interesa aquí: focalizando en la población femenina únicamente se ha

¹⁰ Un ejemplo en este sentido lo representa la historia del estudio del clítoris: órgano sexual femenino el cuál no se investigó hasta bien entrada la medicina moderna puesto que representaba el deseo femenino y como tal, estaba prohibido hablar de ello.

responsabilizado de todo lo que rodea al virus del papiloma con las mujeres. La dependencia de la mujer a este sistema sanitario ha sido creada en base a la ética del cuidado de las mujeres (Sau 2001, 83) conjuntamente con esa idea de responsabilidad única que se nos ha transmitido culturalmente. Se transmite una percepción del riesgo sesgada en función del sexo que, además, se asocia con un tipo de sexualidad -no virgen ni monógama- (Mujeres y Salud 2007, 22). El mensaje social es que la promiscuidad, por tanto, es la norma y no la excepción -vacunando de manera masiva-, donde la responsabilidad y la práctica sexual en esos términos es de las mujeres. La ideología médica machista y capitalista ha logrado su objetivo de atribuir las enfermedades sexuales a la responsabilidad individual de las mujeres (Gervás y Pérez-Fernández 2016, 18).

IMPORTANCIA Y JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

La creencia extendida del igualitarismo formal es una construcción social del patriarcado contemporáneo, y cabe señalar que es falsa. No existe esa sociedad igualitaria, ni en derechos ni en ideas. Las relaciones de poder derivadas del género siguen vigentes hoy en día: su peso, aunque más sutil y de manera camuflada, es igual de efectivo y doloroso para las mujeres. El sexo sigue siendo una condición con implicaciones políticas, como dijo Kate Millet. Con la anterior exposición de los aspectos teóricos que confluyen en el marco de la medicalización del VPH, entendemos que existe un interés por parte del sistema de perpetuar lo que las mujeres llevan siglos sufriendo: el sometimiento de su sexualidad a unos estereotipos sesgados que no cuentan con ellas para nada. Como señala Miguel Porta Serra, sobre la vacunación, “estamos ante una decisión [...] política de salud pública de enorme sensibilidad, transcendencia y gravedad, con consecuencias de diversa índole: sanitarias, sociales, culturales, clínicas, económicas y políticas” (Mujeres y Salud 2007, 31).

Envuelto en una falsa liberación femenina, las estructuras patriarcales siguen controlando nuestra sexualidad, mercadeando con nuestros cuerpos y marcándonos las pautas de comportamiento (G. Aguilar 2015). Las sociedades desarrolladas lo que cometen es una “extirpación del clítoris mental” en las mujeres (Valls 2006, 84): eliminar cualquier pensamiento o deseo que pueda relacionar su cuerpo con el placer. Además, entendemos que no es aceptable la implantación de un programa de prevención con estas características tan masivas viendo los datos empíricos: somos conscientes de que existe un conglomerado de factores que explican esta realidad. Es necesario un análisis que nos permita entenderla en su complejidad y ver cómo

interactúan los agentes de poder dentro de las estructuras de adoctrinamiento. Desvelar los micromachismos¹¹ con los que el sistema corrompe nuestra vida diaria y regulan las relaciones sociales nos será útil para saber cómo debemos enfrentarnos a la situación discriminatoria. De ahí que sea indispensable investigar los discursos provenientes de las estructuras de poder: estas son las instituciones, el sistema sanitario y el enfoque de los medios de comunicación. Todo conocimiento será positivo para la lucha feminista y ver las nuevas formas que inventa el patriarcado para seguir deslegitimando la libertad sexual es cuestión de un proceso de adaptabilidad y resistencia.

Por otro lado, esta investigación tiene un carácter reivindicativo: es necesario dar voz a esas mujeres que sufren lo que denominaremos violencia farmacológica sexual¹², pues la ciencia médica se apropia de nuestro cuerpo y mediante el abuso de poder se busca dirigir la sexualidad femenina hacia el ideal aceptable en sociedades machistas. Así, las mujeres están expuestas a las consecuencias físicas que derivan directamente del contacto con un medicamento en vías de investigación, pero no son las únicas. La violencia psicológica derivada del discurso creado en torno al contagio por parte tanto de especialistas como de la sociedad en general constituye un castigo emocional que afecta a sus relaciones personales. Bajo nuestro punto de vista, el tratamiento del VPH y la realidad creada a su alrededor constituye una forma más de violencia de género y de evasión al respeto de derechos fundamentales como son la obligación de informar y el derecho a la intimidad y la libertad de decisión frente a qué hago con mi cuerpo.

El tratamiento del VPH supone una epidemia de causa yatrogénica (Gervás y Pérez-Fernández 2016, 22) en cuanto al desarrollo de enfermedades relacionadas con el virus como efectos secundarios probados. Las mujeres están reaccionando negativamente al tratamiento. Este trabajo puede suponer un argumento más para conseguir la eliminación de la vacuna de los planes nacionales, pero no sólo eso: debemos conseguir con trabajo crítico mejorar las condiciones de permeabilidad del lobby farmacéutico si queremos un sistema sanitario de calidad. Jordi Gol y Gorina

¹¹ “1. Mantener el dominio y supuesta superioridad sobre la mujer objeto de la maniobra. 2. Reafirmar o recuperar dicho dominio ante una mujer que se “rebela” por “su” lugar en el vínculo. 3. Resistirse al aumento de poder personal o interpersonal de una mujer con la que se vincula. 4. Aprovecharse de dichos poderes o capacidades. 5. Imponer creencias propias sobre modos de ser. 6. Monopolizar derechos tales como el de definir lo correcto, el protagonismo propio, reservarse para sí y disponer de la mujer (su tiempo, su energía, su espacio físico y mental, su capacidad de decisión, etc)”. (Sau 2001, 191)

¹² Término de elaboración propia a raíz del concepto de violencia obstétrica –véase Gervás y Pérez-Fernández 2016, 261-.

definieron la salud como un proceso para conseguir una autonomía personal, solidaria y gozosa como alternativa al modelo imperante, el cual lo hace en términos de ausencia de enfermedad (Valls 2009, 25). Debemos aspirar a una salud en términos de libertad y no de supeditación femenina.

OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS. HIPÓTESIS DERIVADAS

En base a lo expuesto anteriormente, esta investigación tiene como objetivo principal conocer si el virus del papiloma humano y su tratamiento preventivo está siendo utilizado como arma ideológica para demonizar¹³ la sexualidad femenina. Bajo nuestro punto de vista, apoyándonos en lo anteriormente expuesto, creemos que es una realidad demostrable con el análisis preciso. Además de este objetivo en base al que se formula toda la investigación, hemos alterar desarrollado una batería de objetivos de carácter más específico. Están relacionados con los agentes que utilizaremos como objeto de estudio y serán útiles a la hora de dilucidar la cuestión principal (O=Objetivo: H=Hipótesis de partida).

O1. Conocer en qué términos la prensa nacional aborda el VPH: la población afectada, métodos de prevención, repercusión social, los informes y datos que manejan, etc.

H1. Posibles sesgos de género en el abordaje del VPH por parte es la presa: patología fundamentalmente femenina, prevención y tratamiento dirigidos fundamentalmente a las mujeres, etc.

O2. Analizar el discurso en materia sexual en la prensa, relacionada con el VPH.

¹³ Entendemos aquí demonización como técnica ideológica que estigmatiza, de manera consciente, un hecho social -en este caso la sexualidad femenina-, bajo unas pretensiones políticas, culturales, económicas y sociales. Hace ver que algo que de por sí no representa ningún aspecto negativo lo es.

H2. Posible utilización de lenguaje sexista, basado en estereotipos de género y mitos sexuales. Por ejemplo, como señalamos en los antecedentes, se ha hablado de la promiscuidad adherida al contagio de VPH y éste dirigido a la población femenina.

O3. Conocer qué información manejaban las pacientes sobre el VPH antes de ser diagnosticadas y cómo cambió esta frente al diagnóstico

H3. La información manejada por las mujeres está acotada a la recibida por los medios de comunicación y no se completa adecuadamente desde el sector médico.

O4. Entender la capacidad de decisión que tuvo la paciente frente al diagnóstico de VPH.

H4. La paciente asume que lo que viene de su médica es lo correcto.

O5. Conocer qué consecuencias tiene en la mujer, a nivel emocional, advertir que es portadora del VPH.

H5. Posibles consecuencias en la integridad moral de la mujer que la envuelven en dolor, culpabilidad, y auto criminalización.

O6. Conocer el alcance comunicativo de la mujer en cuanto al VPH con entorno.

H6. Posibles dificultades comunicativas con el entorno a la hora de comentar sobre su infección derivadas de las consecuencias a nivel emocional.

O7. Conocer someramente la percepción de las mujeres en referencia a las prácticas sexuales.

H7. Posible limitación en cuanto a la capacidad decisoria y la auto percepción sexual de las mujeres.

O8. Al no existir protocolo que actúe en los varones que son pareja de mujeres diagnosticadas con VPH, entender el papel que tiene el hombre en un clima de contagio.

H8. Posible posicionamiento del hombre soporte femenino, ajeno a la realidad que implica que tu pareja haya sido diagnosticada con VPH.

O9. Conocer qué información manejaban los hombres sobre el VPH antes de conocer que su pareja había sido diagnosticada con el virus.

H9. Posible desconexión informativa de los hombres a los mensajes que englobaban al VPH, puesto que no se dirigen a ellos.

O10. Conocer someramente la percepción de los hombres en referencia a las prácticas sexuales.

H10. Los hombres disfrutaban libremente de su sexualidad, legitimada en base a la naturaleza del deseo.

O11. Conocer cuál es el protocolo a la hora de atender a una paciente con VPH. Desde el diagnóstico hasta el tratamiento: el proceso comunicativo con la paciente.

H11. Posible trato impersonal y falta de información necesaria para ayudar a entender de forma natural el proceso.

O12. Conocer el posicionamiento del sector ginecológico frente al tratamiento del VPH: beneficios, límites y evidencias.

H12. El sector médico defenderá la vacunación, la revisión ginecológica anual y todos los procesos de medicalización por el bien de la paciente en base a la ética de la vigilancia constante. Posible crítica por parte del personal del a las posiciones contrarias frente al tratamiento.

O13. Conocer la percepción del papel que juegan el mercado y las farmacéuticas en el sector médico por parte de los y las ginecólogas.

H13. Posible justificación en base a la ética de “ser por el bien de la paciente”.

METODOLOGÍA

Para lograr un análisis completo sobre la temática que aquí nos concierne, hemos decidido realizar una investigación dividida en cuatro bloques diferenciados.

· Primera parcela de investigación. Análisis de literatura de carácter periodístico. Centramos la selección en los grandes medios de tirada nacional en España de la prensa escrita. La facilidad de las ediciones virtuales para realizar búsquedas detalladas y obtener las noticias que cada medio ha publicado sobre el tema ha hecho que nos decantemos por este medio de comunicación. Utilizaremos la perspectiva teórico-metodológica (Gutiérrez 2009) por parecernos las más acorde al enfoque de nuestro trabajo. Esta perspectiva vincula lo discursivo con lo ideológico: atendiendo a los aspectos que participan de la circunstancia, como son los diferentes intereses políticos, las aspiraciones sociales de los distintos sujetos sociales que interactúan y que se expresan en sus respectivos proyectos (Gutiérrez 2009). Dos universos que aquí confluyen y que son indisociables: el lingüístico-comunicacional y el social (Salgado).

Los medios de gran alcance desempeñan un papel central en la configuración de la cultura moderna: son mediadores necesarios y omnipresentes entre los hechos y los individuos (Gutiérrez 2009). No pueden aislarse de la perspectiva ideológica, pues son comprendidos como productores relevantes de sistemas de normas y valores: estereotipos y prejuicios que conforman una identidad y una visión sobre los discursos de la diferencia (Browne 2011). La perspectiva construccionista (Gutiérrez 2009) en

este proyecto es definitoria: en base a una realidad construida –sistema patriarcal-, nuevas formas se originan –diagnóstico y tratamiento del VPH- para legitimar –o no esa sociedad previa. Nada es ajeno al sujeto: debemos entender el discurso con una práctica social más ligada a condiciones sociales de producción –institucionales, ideológico-culturales e histórico coyunturales- y analizar desde ese punto de vista (Gutiérrez 2009). Por esto la interpretación (Thompson 1993, 300) juega un papel fundamental: desde ahí daremos significado a los textos.

Por último, dentro de este epígrafe creíamos necesario añadir, como apunte informativo, una búsqueda a la aparición de artículos relacionados con el VPH en tanto la prensa categorizada como, por un lado, la “prensa femenina”, y por otro, la “prensa masculina”¹⁴. Sería útil obtener porcentajes que visualicen si existe una diferencia en tanto a cuánto se le habla a la mujer del virus y cuánto al hombre en función de la prensa que se le prejuzga.

- Segunda parcela de investigación. Las mujeres con VPH. Hemos estimado trabajar con unas veinte mujeres, previamente contactando con el centro médico y tras confirmar que la paciente acepta el encuentro. Constará de dos partes: inicialmente una entrevista en profundidad (Anexo I) que permita conocer la vivencia personal al conocer que está infectada por el VPH y la influencia posterior en su vida. Para finalizar realizaremos un cuestionario breve con preguntas generales sobre prácticas sexuales y percepción de la sexualidad personal (explicación en el siguiente apartado).

- Tercera parcela de investigación. Los hombres con VPH. Creemos que la forma más fácil de contactar con hombres infectados con VPH es a través de sus parejas. Ellos no acuden al sistema sanitario a hacerse las pruebas, por lo tanto, entendemos que es la vía más factible para entablar una comunicación fructífera en base a nuestra investigación. Constará, como la fase anterior, de dos partes: una entrevista en profundidad (Anexo II) que nos ayude a conocer cómo es el proceso para los hombres. Para finalizar realizaremos el mismo cuestionario breve que plantearemos a las mujeres (Anexo III). Este cuestionario está planteado de manera neutral: las preguntas no tendrán carga alguna en cuanto al sexo de la cuestionada. La intención aquí es ver si existe diferencia significativa en la respuesta dada en función de si la entrevista se

¹⁴ Pertenecen a la prensa femenina revistas como: Elle, Woman, Cosmopolitan, Marie Claire, Vogue, Telva, Clara, y las revistas de salud Saber vivir, Buena salud, Salud y belleza, OKSalud, Women’s health, etc (http://www.kiosco.net/publicaciones.php?id_seccion=2&id_tema=135). A la prensa masculina pertenecen: Men’s health, GQ, Menstyle, FHM, etc (http://www.kiosco.net/publicaciones.php?id_seccion=2&id_tema=172).

realiza al hombre o a la mujer. Como paso previo hemos creído conveniente repasar, por su utilidad en nuestra investigación, las encuestas realizadas en el informe Shere Hite (1976), las realizadas en el estudio sobre la discriminación por orientación sexual y/o identidad de género en España del colectivo FELGTB conjunto con COGAM (2013) y el NorVold abuse questionnaire -NorAQ- de Katarina Swahnberg (2003), principal investigadora del abuso en la asistencia sanitaria.

Deberemos poner en común estas dos etapas. Analizaremos los discursos obtenidos de las entrevistas por separado y realizaremos un análisis comparativo en cuanto a qué estructura cada reflexión. Crearemos además una base de datos sobre la que volcar nuestros resultados, obtenidos de las encuestas, y trabajar con ellos para entender las diferencias ideológicas en cuanto a la sexualidad de hombres y mujeres.

· Cuarta parcela de investigación. El discurso de la medicina¹⁵. Entrevistarnos (Anexo IV) con las facultativas del centro sanitario para conocer la percepción del sector médico especializado frente al VPH. Actualmente, el equipo médico cuenta con doce residentes, ocho profesores asociados, y otros veinte integrantes¹⁶. Estimaremos las entrevistas con exactitud a la hora de realizar la investigación. Con esta actividad tratamos de entender qué prácticas siguen los y las ginecólogas frente al virus y su tratamiento para con las pacientes: conocer la autopercepción –grado de aceptación- de la realidad del VPH y su opinión, desde una posición privilegiada, sobre las implicaciones médicas y sociales.

PLAN DE TRABAJO

Hemos estipulado seis meses necesarios para desarrollar el proceso de investigación y sus correspondientes resultados. Centraremos la investigación en el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, en el área de obstetricia y ginecología. El grupo de trabajo, debido a las condiciones económicas de partida¹⁷, estará compuesto por tres integrantes. Las tres trabajadoras en la investigación estarán familiarizadas con la investigación social: 1. Formadas en la ejecución de trabajo de campo: entrevistas y

¹⁵ Hemos revisado el protocolo de detección de cuello de cérvix, relacionado directamente con el VPH, que siguen los centros cántabros de salud, emitido por el Gobierno de Cantabria y la Consejería de Salud y Servicios Sociales. A partir de aquí desarrollamos la metodología del proyecto. [http://www.saludcantabria.es/uploads/pdf/profesionales/PROTOCOLO%20CANCER%20CUELLO%20DE%20UTERO%20\(28-3-11\).pdf](http://www.saludcantabria.es/uploads/pdf/profesionales/PROTOCOLO%20CANCER%20CUELLO%20DE%20UTERO%20(28-3-11).pdf)

¹⁶ Información del área de obstetricia y ginecología del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla disponible aquí: http://www.humv.es/index.php?option=com_content&task=view&id=192

¹⁷ No se especifica presupuesto puesto que éste varía en función de la financiación que se obtenga: si viene por parte de una asociación sin ánimo de lucro, de un organismo oficial, etc.

encuestas. 2. Formadas en creación de bases de datos en programa SPSS y su análisis para la extracción de conclusiones válidas. Además, se valorará especialmente la perspectiva de género como parte de la formación académica de las componentes. Los horarios y actividades se otorgarán en función de la comodidad de cada una de las integrantes del equipo y de la disponibilidad.

El trabajo quedará dividido en seis tareas:

1. Análisis de prensa nacional en relación con VPH. Esta ocupación se podrá realizar de manera transversal a cualquiera de las otras actividades a desarrollar.
2. Realización de las entrevistas y los cuestionarios a mujeres y hombres con VPH y al equipo médico ginecológico.
3. Transcripción de las entrevistas y volcado de datos en una base de datos creada previamente. Una vez conocidas las participantes en la investigación, generaremos una base de datos que recoja toda la información muestral para facilitar el proceso una vez se avance en la investigación.
4. Análisis de los discursos a partir de las entrevistas y de los resultados de los cuestionarios.
5. Análisis comparativo entre mujeres y hombres, en función del discurso creado y de las respuestas al cuestionario.
6. Elaboración de las conclusiones obtenidas de todo el trabajo previo realizado en las anteriores tareas.

1º MES	2º MES	3º MES	4º MES	5º MES	6º MES
CRONOGRAMA					
ANÁLISIS DE PRENSA					
ENTREVISTAS Y CUESTIONARIOS					
	TRANSCRIPCIÓN				
		ANÁLISIS DEL DISCURSO+DATOS SPSS			
		ANÁLISIS COMPARATIVO			
				CONCLUSIONES	

CONCLUSIONES. NUEVAS VÍAS QUE SE ABREN

Como señalamos en las justificaciones de la investigación, la utilidad principal que presenta este trabajo es la posibilidad, si se cumplen los objetivos, de ampliar el análisis de estudio que se ha iniciado en torno al VPH. No es cosa menor, pues tratamos de demostrar la utilidad ideológica de un aspecto de salud pública que, de demostrarse, representaría algo más que implicaciones económicas. El estudio de herramientas del patriarcado a la hora de someter la voluntad de las mujeres no se inicia con esta propuesta. Aquí conseguiremos ampliar un poco más ese sector investigador que se engloba dentro del feminismo y que conllevaría engordar ese análisis de la sociedad, el cual, en la mayoría de los casos, sesgado por estas ideologías dominantes. Entendemos que la ambición de este trabajo puede resultar desbordante en primera toma de contacto. También entendemos que, con el esfuerzo y las ganas de trabajar por la liberación de las mujeres, todos es factible.

Además del aspecto ideológico y meramente de apertura de conocimiento, creemos fundamental el desarrollo de la investigación como forma de probar una realidad y así, aportar un argumento más a la lucha contra el tratamiento del VPH. Una de las prioridades que creemos existente en torno al VPH es la urgencia por erradicar, tal y como está planteada hoy en día, la medicalización frente a la infección. Toda dilucidación de la temática será útil para construir un tratamiento médico sostenible con el cuerpo de la mujer y, en este caso, la salud psíquica y emocional. Buscamos aquí demostrar ese nexo que, bajo nuestra perspectiva, existe. La epidemia iatrogénica no se da únicamente como efectos secundarios físicos derivados de la vacunación, sino como afecciones emocionales con consecuencias negativas en el auto concepto y las relaciones sociales. Es necesaria una revisión en este sentido, para dilucidar la

existencia de herramientas de dominación. Debe acabar la aceptación como natural de hechos que son meramente ideológicos. Las que tenemos la posibilidad estando en una obligación moral, y aquí tratamos de ayudar en esa lucha diaria.

"La vida. es un halo luminoso, una envoltura semitransparente que nos envuelve desde que tenemos una conciencia hasta el final."

(Virginia Woolf, *Ficción moderna*)

BIBLIOGRAFÍA

- Alonso Merino, Sara. 2014. "Define "puta": la demonización de la libertad sexual de las mujeres". *elprecursor.es*, 27 de enero.
- Amorós, Celia. 1995. 10 palabras clave sobre Mujer. Estella (Navarra): Verbo Divino.
- Arauzo, Godofredo. 2015. "El enigmático virus del papiloma humano". *centrodeperiodicos.blogspot.com.es/*, 24 de diciembre.
- Browne Sartori, Rodrigo, Julio Carvajal Rivera y Rocío Salinas Oyarzo. 2011. "Análisis crítico del discurso: la prensa sensacionalista en contextos culturales colindantes. El caso de Ajá en Perú y La Cuarta en Chile". *Correspondencias & Análisis* 1: 263-277.
- Can-Men. 2013. "SER MUJER NO ES UNA ENFERMEDAD: ¿Por qué patologiza la medicina el cuerpo femenino? Dra Carme Valls Llobet". *Elblogalternativo.com*, 15 de octubre.
- Centro Médico Instituto Palacios. Salud de la Mujer. 2010. "¿Cuántas personas tienen el virus del papiloma humano?" *institutopalacios.com*, 11 de agosto.
- Chocontá, A. 2015. "Manga yaoi y fujoshis: exploración de la propia voz del deseo como alternativa al gobierno de la sexualidad juvenil". *Universitas Humanística*, 79: 211-229.
- Choza, Jacinto. 2006. "Pequeña historia cultural de la moral sexual cristiana". *Thémata, Revista de Filosofía*, 36.
- Da Silva Brêtas, José Roberto, Rafael Souza Moreno, Daniella Soares Eugenio, Danila Cristina Paquier Sala, Thais Fernanda Vieira y Priscila Rabelo Bruno. 2008. "Os rituais de passagem segundo adolescentes". *Acta Paulista de Emfermagem*, 21 (3).

- Dary Flores, Luz. “El cuerpo como entidad de biopoder”. Periódico virtual del Departamento de Humanidades.
- De Miguel, Ana. 2015. *Neoliberalismo sexual*. El mito de la libre elección. Madrid: Cátedra.
- El_informador. 2015. “El fraude de la vacuna del papiloma”. Periodismo-alternativo.com, 18 de junio.
- Facio, Alda. 1999. “Lectura de apoyo 1. Feminismo, género y patriarcado”. Fundación Justicia y género.
- Federación Estatal de Lesbianas, Gays, transexuales y Bisexuales (FELGTB) y COGAM. 2013. “Estudio 2013 sobre discriminación por orientación sexual y/o identidad de género en España”. <http://www.felgtb.org/>, 11 de octubre.
- Firestone, Sulamith. 1976. *La dialéctica del sexo*. Barcelona: Kairós.
- G. Aguilar, Ana. 2015. “La falacia de la revolución sexual femenina y otras mentiras del capitalismo patriarcal”. <https://plataformaantipatriarcado.wordpress.com/>, 25 de enero.
- Gambetta, Diego. 2008. “Claro! An essay on discursive machismo”. En *Deliberative democracy*. Ed. John Elster. United Kingdom: Cambridge University Press. 19-43.
- García, M^a Carmen. 2012. “La demonización de la mujer en la Iglesia Católica”. Clubdelahistoria.es, 9 de abril.
- Gervás, Juan y Mercedes Pérez-Fernández. 2016. *El encarnizamiento médico con las mujeres*. Barcelona: Los libros del lince.
- Gullón Tosio, Pedro. 2013. “Ley de cuidados inversos”. Saludsociedadymas.blogspot.com, 21 de julio.
- Gutiérrez Vidrio, Silvia. 2009. “Discurso periodístico: una propuesta analítica”. *Comunicación y sociedad*, 14.
- Hite, Shere. 1976. *El Informe Hite. Estudio de la sexualidad femenina*. Trad. Jaime Tomás. Madrid: Punto de Lectura.
- Jiménez Serrano, Marta. 2014. “Por qué tratamos de manera distinta la promiscuidad en hombres y mujeres”. elconfidencial.com, 16 de junio.
- Millet, Kate. 1995. *Política sexual*. Madrid: Cátedra.
- Mujeres y Salud. 2007. “Dossier vacuna papiloma: ¿protección de las niñas o de la industria?”. <http://mys.matriz.net/>, otoño.

- Nash, Mary. 2012. *Mujeres en el mundo. Historia, retos y movimientos*. Madrid: Alianza editorial.
- Nmurcia. 2016. “Escándalo científico y político con la vacuna del papiloma: la EMA ignora los datos clínicos que apuntan a problemas de seguridad”. Nogracias.eu, 5 de mayo.
- Pérez, Lourdes. 2010. “Desigualdades de género en la medicalización: un tortuoso recorrido por el vademécum”. *Cuestiones de género. Nuevas reflexiones sobre la salud desde la perspectiva de género*, 5: 63-88.
- Pérez-Fernández, Mercedes y Juan Gervás. “Encarnizamiento diagnóstico y terapéutico de las mujeres”. *Semergen*, 25 (3): 239-248.
- Puerta, Teresa. 2014. “El papiloma humano: la infección sexual más frecuente”. abc.es, 25 de junio.
- Puleo, Alicia H. 2005. “El patriarcado. ¿Una organización social superada?” *Mujeres en Red. El Periódico Feminista: Temas para debate*. 133: 39-42.
- Rodríguez Salazar, Tania e Iliana Pérez Sánchez. 2014. “La sexualidad femenina en discursos de la prensa popular y la ficción televisiva”. *Comunicación y sociedad*. 21.
- Sabaté, Jordi. 2016. “La salud de la mujer se ha convertido en un instrumento para controlar su sexualidad”. eldiario.es, 4 de mayo.
- Salgado Andrade, Eva. 2007. “Análisis del discurso periodístico”. *Diccionario temático Ciesas*.
- Sánchez Sánchez, Roberto. 2012. “Lo que una mujer no necesita”. *AMF*, 8 (11): 617-625.
- Sarmiento Olivera, Martha, Isabel Gómez Olivera, Ana Margarita Ordaz González, Clara Delfa García Díaz y María de la C. Casanova Moreno. 2012. “Estrategia de intervención educativa en enfermedades de transmisión sexual”. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*.
- Sau, Victoria. 2001. *Diccionario ideológico feminista*. Volumen II. Barcelona: Icaria. La mirada esférica.
- Silva, Ramón, Daniela León, Priscilla Brebi, Carmen Ili, Juan C. Roa y Raúl Sánchez. 2013. “Diagnóstico de la infección por virus papiloma humano en el hombre. Detection of human papilloma virus infection in men”. *Revista chilena de infectología*, 30 (2).

- Swahnberg, Katarina y Barbro Wijma. 2003. "The NorVold Abuse Questionnaire (NorAQ). Validation of new measures of emotional, physical, and sexual abuse, and abuse in the health care system among women". *European Journal of Public Health*, 13: 361-366.
- Thompson, John B. 1993. *Ideología y cultura moderna. Teoría crítica social en la era de la cultura de masas*. México D.F.: Unidad Xochimilco.
- Trujillo Cristoffanini, Macarena. 2007. "La resignificación feminista de la sexualidad patriarcal como propuesta política". concienciafeminista.blogspot.com.es.
- Tudor Hart, Julian. 1971. "The inverse care law". *Lancet*, 1: 405-412.
- Valls Llobet, Carme. 2006. *Mujeres invisibles*. Barcelona: Debolsillo.
- Valls Llobet, Carme. 2009. *Mujeres, salud y poder*. Madrid: Cátedra.
- Varela, Nuria. 2008. *Feminismo para principiantes*. Barcelona: Debolsillo.
- Veríssimo Fernandez, José, Josélio Maria Galvão de Araújo y Thales Allyrio Araújo de Medeiros Fernandez. 2013. "Biology and natural history of human papillomavirus infection". *Journal of Clinical Trials*, 5: 1-12.

ANEXO I

(Entrevista a mujeres diagnosticadas con VPH)

- Buenos días. Mi nombre es ----- y me encuentro aquí para realizar una entrevista a ud. como usuaria del centro de salud ---- en el área de ginecología por haber sido diagnosticada de VPH. Quería realizarla unas cuestiones para conocer su caso. Esta entrevista quedará grabada, por favor firme este papel antes de comenzar (Autorización para la utilización de la información en el informe que se hará público).

1. ¿Cómo conoció que estaba infectada por VPH?
2. Entre prueba citológica y las del Papanicolaou -pruebas de VPH- hubo un margen temporal¹⁸. ¿Cómo llevaste el período entre una prueba y la otra? ¿Qué esperabas de los resultados y qué te supuso ese estado de desconocimiento?
3. ¿Qué información previa tenías sobre el VPH? ¿Estabas familiarizada con su naturaleza, sus posibles tratamientos, etc?
4. Cuando te comunicaron que estabas infectada por el virus, ¿qué información te transmitió tu ginecóloga en la cita donde te dieron los resultados? ¿Sentiste el apoyo por parte de la facultativa?
5. ¿Participaste en las decisiones que se tomaban con respecto a la infección -pruebas para evaluar el daño, estadios, etc.-?
6. ¿Cómo te planteabas que se pudo producir el contagio? ¿Cuáles son las posibilidades que barajabas?
7. ¿Buscaste información posteriormente sobre el VPH para informarte de lo que se conoce en lo referente al virus? ¿Lo que encontraste te tranquilizó?

¹⁸ Mediante la citología se detecta una anomalía: es necesario la prueba del VPH para confirmar si se trata del virus o no

8. ¿Cómo fue la comunicación con tu pareja? ¿Cómo le transmitiste los resultados?
9. ¿Cuándo decidiste contarle: esperaste a tener los resultados o ya en la citología comunicaste que existía una anomalía?
10. ¿Cuál fue la reacción de tu pareja a la noticia?
11. ¿Qué emociones te generó la situación -antes de, durante y después de comunicarlo-?
12. ¿Ha afectado a tu sexualidad? ¿Tus relaciones sexuales se han visto alteradas de alguna manera? ¿Cómo?
13. ¿Tienes amigas a las que también se les haya diagnosticado VPH? ¿En qué términos habláis, si es que lo hacéis, en torno al virus?
14. ¿Cómo has percibido el tratamiento en el espacio público en lo referente al virus? Nos referimos a, en función de la información que manejas, el planteamiento de la vacunación a nivel poblacional y masivo, la decisión de que se relacione con las mujeres, la relación directa con el cáncer de cuello uterino, etc.
15. Actualmente, ¿podrías describir cómo te ha afectado, a nivel emocional, el diagnóstico del virus en algún momento? ¿De qué manera lo hizo? ¿Sigue afectándote?

ANEXO II

(Entrevista a hombres cuyas parejas diagnosticaron con VPH)

- Buenos días. Mi nombre es ----- y me encuentro aquí para realizar una entrevista a ud. como pareja de la usuaria del centro de salud ---- en el área de ginecología por haber sido diagnosticada de VPH y, por tanto, probablemente portador de virus. Quería realizarle unas cuestiones para conocer su caso. Esta entrevista quedará grabada, por favor firme este papel antes de comenzar (Autorización para la utilización de la información en el informe que se hará público).

1. ¿Cómo te comunicó tu pareja que era portadora de VPH?
2. ¿Conocías en qué consistía el virus previamente? ¿Qué información de partida tenías sobre el VPH?
3. ¿Ampliaste tu información sobre el virus a posteriori? ¿De qué manera y qué conociste tras saber que tu pareja estaba infectada?
4. ¿Cómo recibiste la información? ¿Qué generó en ti la noticia? ¿Podrías explicarme tu reacción?
5. ¿Cuál fue la percepción que tenías de tu pareja en ese momento?
6. ¿Cómo te repercute a nivel personal conocer que tu pareja está infectada por VPH? ¿Y sobre la relación con tu pareja?
7. ¿Cómo pensabas que se produjo el contagio? ¿En algún momento pensaste en ti como foco de contagio de tu pareja o te planteabas otra persona?
8. ¿En algún momento pensaste que tú podrías albergar también el virus? Si es que sí, ¿cómo repercutió en ti esa idea? Si es que no, ¿por qué crees que no te lo planteaste?
9. ¿Qué conoces ahora mismo sobre el virus? ¿Has sentido preocupación: lo percibes como algo cercano o algo lejano? ¿Por qué?

10. ¿Has conversado con alguien de tu círculo de amistades sobre el VPH? ¿Cómo se ha producido esa conversación? Si es que no, ¿por qué crees que no tiene lugar?
11. ¿Cómo percibes el mensaje que se transmite públicamente del virus del papiloma? ¿Te afecta? ¿Sientes que el mensaje va dirigido a ti? ¿Ha cambiado eso en referencia a cuando no sabías que tu pareja estaba infectada?
12. ¿Te has planteado alguna vez hacerte una prueba para conocer si posees alguna enfermedad sexual? ¿Has acudido? Si no lo has hecho, ni te lo has planteado, ¿por qué crees que ha sucedido así?

ANEXO III

(Cuestionario a realizar tras las entrevistas de mujeres y hombres con VPH)

1. Nombre de la persona que realiza el cuestionario.
2. Edad.
3. Sexo.
4. Ocupación.
5. Estado civil.
6. Defíneme lo que es para usted una relación sexual.
7. Elija las prácticas sexuales aceptables para usted (subrayar) (explicar cualquier práctica que no entienda el o la entrevistada):
 1. Besos y caricias.
 2. Masturbación.
 3. Sexo oral.
 4. Penetración vaginal.
 5. Penetración anal.
 6. Utilizar como estimulante películas eróticas.
 7. Utilización de objetos fetichistas.
 8. Relaciones sexuales con más de dos personas (trío, orgía, etc).
8. Numere, por orden de importancia en relación a mantener relaciones sexuales, los siguientes conceptos (explicar cualquier concepto que no entienda el o la entrevistada):
 - Pasión
 - Relación esporádica
 - Idilio
 - Amistad
 - Amor no romántico
 - Compromiso a largo plazo
 - Enamoramiento

9. Señale, del 1 al 10, la importancia que le da usted al amor a la hora de mantener relaciones sexuales (1=Ninguna importancia. 10=Plena importancia).

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

10. Cuando mantiene relaciones sexuales, ¿suele tener orgasmos?

Sí No

11. ¿Es importante para usted tener orgasmos durante las relaciones sexuales?

Sí No

¿Cambia tu concepto sobre el sexo en función de si tienes o no orgasmos?

Sí No

12. ¿Ha fingido en alguna ocasión un orgasmo? ¿Por qué lo ha hecho?

Sí No

Porque: _____

13. ¿Qué opinión le merece la masturbación: positiva o negativa?

Positiva Negativa

¿Tiene importancia para usted la masturbación en la salud sexual? (1=Ninguna importancia. 10=Plena importancia)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

14. Señale, del 1 al 10, su satisfacción con las relaciones sexuales mantenidas a lo largo de su vida. (1=Nada satisfecho/a. 10=Plenamente satisfecho/a).

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

15. ¿A qué edad mantuvo usted su primera relación sexual? ¿Le resultó satisfactoria?

Edad. Sí No

16. ¿Le han resultado molestas alguna vez las relaciones sexuales? ¿Puede especificar por qué?

Sí No

Porque: _____

17. ¿Suele plantear actividades nuevas a la hora de realizar el acto sexual?

Sí No

¿Siente libertad para expresar sus apetencias sexuales?

Sí No

18. ¿Comenta con su pareja sexual las necesidades que tienen tanto una/o como otra/o? ¿Se sienten escuchados/as?

Sí No // Sí No

19. ¿Alguna vez ha sentido su sexualidad reprimida?
- Sí No
20. ¿Habla libremente con su entorno sobre sexualidad?
- Sí No
21. ¿Siente que, durante sus relaciones sexuales, existe implicación emocional por parte de su pareja sexual? ¿Y por su parte?
- Sí No // Sí No
22. ¿Practica relaciones sexuales siempre que lo desea? Sí No
- ¿No practica relaciones sexuales siempre que no lo desea? Sí No
- ¿Cree que su pareja sexual siente más o menos tendencia a la práctica sexual que usted? Sí No
23. ¿Le gusta informarse en materia sexual? Sí No
- ¿Lee acerca de sexualidad y su entorno? Sí No
24. ¿Le parece que el sexo tiene algún tipo de implicación social? ¿Y política? ¿Y económica? ¿E histórica?

Gracias por su atención.

ANEXO IV

(Entrevista a las y los facultativos especializados en ginecología)

- Buenos días. Mi nombre es ----- y me encuentro aquí para realizar una entrevista a ud. como ginecóloga/o del centro de salud ----. Quería realizarle unas cuestiones en torno al tratamiento del VPH y la gestión en su caso de las pacientes diagnosticadas con el virus. Esta entrevista quedará grabada, por favor firme este papel antes de comenzar (Autorización para la utilización de la información en el informe que se hará público).

1. En relación al VPH, ¿cuántas pacientes de media habrá atendido con esta infección el último mes?
2. ¿Nos puede explicar el protocolo que se lleva a cabo en situaciones de exploración y diagnóstico el virus?
3. ¿Cómo perciben, desde el sistema sanitario, el impacto en las mujeres del diagnóstico?
4. ¿Cómo suelen transmitir la noticia a las pacientes? Puede imaginar que yo soy una paciente a quien tiene que darle la noticia.
5. ¿Cómo describiría el trato que debe darse a la paciente en una consulta ginecológica? ¿Más o menos personalizado que en otro tipo de áreas médicas? ¿Cómo definiría su trato con las pacientes?
6. ¿Cómo analiza usted el virus del papiloma humano? Hablemos de incidencia, peligrosidad, el tratamiento, etc.

7. ¿Ha sido usted consultada, o sabe si se ha realizado alguna consulta a equipos ginecológicos a la hora de la implantación de la vacuna en los calendarios de vacunación?
8. ¿Cree usted que era urgente y necesario generar una llamada de atención sobre esta infección? ¿Por qué lo cree o no lo cree?
9. ¿Qué opinión te merecen las informaciones que han salido prácticamente a la par que la vacunación criticando el compuesto de la vacuna por nocivo, la implantación del programa de prevención de ámbito masivo y la visión economicista favorable al lobby farmacéutico?
10. ¿Cómo considera el hecho de que se actúe en población femenina? ¿Cree que es más acertado y efectivo frente a la infección?
11. ¿Puede explicarme las diferencias que percibe, a modo de experta, del tratamiento médico –en general- de hombres y mujeres? ¿Considera que hay diferencias significativas? ¿Está alguno de los dos grupos favorecido por el sistema sanitario? ¿Cuál y por qué?
12. A nivel personal, ¿nos podría decir qué opina de la vacunación frente al VPH? ¿Percibe alguna razón ajena a la salud de las mujeres que justifica la vacunación?