

## **El uso etnográfico de los archivos. Experiencias de investigación en salud desde la perspectiva antropológica**

Diana S. Gómez López\* y Edith Y. Peña Sánchez\*\*

### **Resumen**

El virus de papiloma humano (VPH) es una infección de transmisión sexual con factores de riesgo definidos por la biomedicina que se asocian con el estilo de vida; con múltiples consecuencias, que pueden desencadenar cáncer y, eventualmente, la muerte. La prevalencia de la infección por VPH (IVPH) en México es incierta, aunque se considera que la mayor parte de la población sexualmente activa ha tenido en algún momento de su vida una infección por este virus.

Estudios desde la antropología sobre IVPH han señalado la importancia de la vivencia del diagnóstico, que conlleva a experimentar un estigma por los aspectos negativos que tiene en la vida cotidiana, particularmente para la sexualidad. En el contexto institucional, se han destacado diversas problemáticas asociadas a las pruebas de tamizaje, principalmente relacionadas con la comunicación entre el

---

\* Maestra en Ciencias Sociomédicas. Doctorante en el Programa de Maestría y Doctorado en Ciencias Médicas, Odontológicas y de la Salud de la Facultad de Medicina, UNAM, Doctorado en Ciencias Sociomédicas con especialidad en Antropología en salud. Correo electrónico: [dianasogl@hotmail.com](mailto:dianasogl@hotmail.com)

\*\* Doctora en Ciencias Antropológicas. Profesora – Investigadora titular “C” de la Dirección de Antropología Física del Instituto Nacional de Antropología e Historia. SIN – 1 CONACYT. Correo electrónico: [yesenia72@hotmail.com](mailto:yesenia72@hotmail.com)

prestador de servicio de salud y la usuaria. Por ello, en la presente investigación se propone el análisis desde la antropología en salud bajo el enfoque biocultural, con el fin de describir y analizar los distintos niveles de articulación, meso, macro y micro, en torno a esta problemática de salud. La investigación se realiza en una institución de salud de la Ciudad de México, que cuenta con un área de especialidades ginecológicas, como colposcopia, durante el primer semestre del año 2016.

La metodología del trabajo es mixta, para esta comunicación se divide en dos etapas: la primera consistió en la revisión de expedientes, guiándonos con una cédula de datos sociodemográficos creada *ex profeso*, a partir de la cual se construyó una base de datos a la cual se dio un tratamiento estadístico para la construcción de datos antropológicos. En la segunda etapa se desarrolla un trabajo de análisis antropológico sobre las características bioculturales del tipo de información que se recaba y etnográficas, de cómo en el registro se narra el historial clínico.

**Palabras clave:** VPH, antropología en salud, enfoque biocultural, etnografía hospitalaria

## Introducción

El virus de papiloma humano (VPH) pertenece a la subfamilia de virus papilomaviridae que afectan células superficiales de la epidermis y las mucosas, aunque pueden penetrar en las capas de la piel y multiplicarse (Aldaco, K., 2010; Tirado-Gómez, L., *et al*, 2005). Hay aproximadamente 100 tipos de VPH, de los cuales 30 o 40 infectan el tracto genital, divididos en grupos de alto y bajo riesgo oncogénico<sup>1</sup>. Los tipos más comunes son el 1, 6, 10, 11, 16, 18, 31, 39, 41 y 42; el 6 y 11 están relacionados con la aparición de lesiones condilomatosas en vagina, vulva y cérvix, el 33 se asocia a carcinoma maligno de cérvix, el 2, 6 y 11 se

---

<sup>1</sup> Algunos autores identifican hasta 200 genotipos de VPH descubiertos, de los cuales 12 representan el 95% de los factores virales asociados al cáncer cervico uterino (Hernández-Girón, C. *et al*, 2005).

asocian a papilomas laríngeos transmitidos de la madre al hijo en el parto. Los tipos de VPH de bajo riesgo más comunes en México son el tipo 6 y 11, causantes de condilomas acuminados y papilomatosis laríngea; mientras que los tipos de alto riesgo 16 y 18 son responsables del 70% de casos de cáncer de cuello invasivo (Diestro, M. *et al*, 2007).

El 90 % de las infecciones por VPH son benignas, subclínicas y autolimitadas, y se asocian a displasias de bajo grado que remiten de manera espontánea (Diestro, M. *et al*, 2007). La enfermedad por VPH inicia con una infección asintomática y latente, que parece ser indetectable, y continúa con una infección subclínica que puede detectarse por la aplicación de ácido acético o biopsia de la zona afectada. La infección clínica se hace visible por la aparición de condilomas, y puede continuar la aparición de displasias cervicales que constituyen lesiones premalignas de las células del cuello uterino, divididas en leve, moderada o severa (Salazar, 2009), y que tienen una probabilidad de 50% evolucionar en carcinomas (Rocha, 2014<sup>2</sup>; Aldaco, K., 2010).

Algunos de los factores de riesgo para ser infectado de VPH son el inicio de la vida sexual activa a edades tempranas, múltiples parejas sexuales, historial de ITS, verrugas genitales, que la pareja sexual tenga cáncer de cerviz o pene, multiparidad, tabaquismo, bajo nivel socioeconómico y/o de estudios; pobreza; drogadicción, la existencia de enfermedades que deprimen el sistema inmunológico, mala alimentación, higiene inadecuada, uso de anticonceptivos orales (Meza, M., 2008; Hernández-Girón, C. *et al*, 2005; OPS-OMS, 2013; Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, 2014; Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, 2005; Hernández, Padilla y Quintero, 2012). Si bien un número mayor de parejas sexuales está fuertemente relacionado con las infecciones de transmisión sexual, esto se debe a la probabilidad mayor de entrar en contacto con

---

<sup>2</sup> Rocha, L. (2014) "Infecciones de transmisión sexual. Papiloma", Departamento de microbiología y parasitología, Facultad de Medicina. Fuente: <http://www.facmed.unam.mx/deptos/microbiologia/virologia/infecciones-transmision-sexual.html>  
Fecha de consulta: 15 de marzo de 2015.

un agente infeccioso (OPS-OMS, 2013). Los factores asociados a la pareja nos sitúan en una perspectiva relacional en torno al contagio y el desarrollo de VPH que no es explorada a cabalidad por la biomedicina, trayendo como consecuencia una feminización de la infección (Calderón, 2013). Por otro lado, a partir de la revisión realizada, consideramos que algunos de los factores de riesgo, como la pobreza o el nivel educativo, nos remiten a elementos estructurales cuyos efectos se individualizan y se expresan en la vulnerabilidad de las personas a ciertas enfermedades, volviéndose responsabilidad personal su descubrimiento y contención, lo que desdibuja la responsabilidad del sistema de salud prevenirlas. En este sentido, recuperamos la reflexión de Martínez Hernández que se pregunta sobre el papel de la biomedicina en sociedades actuales y su capacidad individualizadora: “¿qué artificio simbólico e ideológico permite que alguien pueda entender un problema de salud como algo personal y por tanto no achacable a una estructura de relaciones sociales y condiciones económico-políticas?” (2011: 50).

### **Algunas notas sobre la epidemiología del VPH**

El VPH es la infección vírica más frecuente del aparato reproductor, casi todas las personas con vida sexual activa tendrán en algún momento de su vida lesiones asociadas a VPH (OPS-OMS, 2013). El riesgo de adquirir VPH por vía sexual es del 80 al 85% (García, J. y Salcedo, A., 2010). Más del 70% de las mujeres sexualmente activas adquieren una infección por VPH, pero la mayoría son transitorias, y cerca del 25% desarrollan como consecuencia lesiones intraepiteliales de bajo grado; de las cuales del 20 al 40% progresa a lesiones de alto grado (López, A. y Lizano, M., 2006). Esto implica que de aquellas mujeres que en alguna ocasión adquirieron VPH, del 5 al 10% de ellas desarrollara una lesión de alto grado, que asociada a una deficiencia inmune, heredada o inducida, genera una infección persistente, con altas probabilidades de regresión, y que puede malignizarse en una infección con alto riesgo oncogénico (López, A. y Lizano, M., 2006).

Aunque la prevalencia de VPH es difícil de determinar porque no hay sintomatología, se estima que su presencia en la población masculina es tres veces mayor que en las mujeres; en México se calcula que el 80% de la población está infectado por este virus (INMUJERES, 2012). Su presencia hace que se considere por biólogos de la reproducción como una característica de nuestra especie, que dependiendo de las características del organismo puede trascender la etapa de latencia y desarrollar una infección<sup>3</sup>. El período de mayor número de infecciones por VPH se ubica poco tiempo después de iniciada la vida sexual (OPS-OMS, 2013) por lo que la población joven debe ser el blanco de las políticas públicas de prevención y detección oportuna. Se estima que en México hay alrededor de 25 millones de mujeres infectadas con VPH, siendo más frecuente entre 15 y 24 años (Aldaco, K., 2010).

De acuerdo a datos de la Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud, en 2013, el virus de papiloma humano se encontraba entre las 20 principales causas de enfermedad en el Distrito Federal, mostrando una prevalencia significativamente mayor en el grupo de edad de 20 a 24 y de 25 a 44 años<sup>4</sup> (González-Losa, *et al*, 2002). Igualmente, el VPH en esta entidad muestra la mayor incidencia nacional con un 84.50 por cada 100 mil habitantes, seguido de los estados de Chiapas, con 81.40, y Quintana Roo, con 66.80<sup>5</sup>. Los servicios de la Secretaría de Salud son la principal fuente de notificación de VPH en mujeres del Distrito Federal<sup>6</sup>.

---

<sup>3</sup> Peña, comunicación personal, 25 de julio de 2016

<sup>4</sup> Veinte principales causas de enfermedad por grupo de edad en Distrito Federal. Anuarios de Morbilidad. Dirección General de epidemiología. Secretaría de Salud. Fuente: <http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/anuario/html/anuarios.html> Fecha de consulta: 11 de marzo de 2015

<sup>5</sup> Incidencia de VPH por grupos de edad. Anuarios de Morbilidad. Dirección General de epidemiología. Secretaría de Salud. Fuente: <http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/anuario/html/anuarios.html> Fecha de consulta: 11 de marzo de 2015

<sup>6</sup> Veinte principales causas de enfermedad por fuente de notificación en Distrito Federal Anuarios de Morbilidad. Dirección General de epidemiología. Secretaría de Salud. Fuente: <http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/anuario/html/anuarios.html> Fecha de consulta: 11 de marzo de 2015

La infección por VPH es más común en mujeres jóvenes, de 18 a 30 años de edad, sexualmente activas, después de los 30 años decrece la prevalencia; en contraste, el CaCu es más común después de los 35 años, lo que sugiere una lenta y silenciosa progresión de una infección a temprana edad que lleva a cáncer (Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, 2014), haciendo fundamental la detección oportuna y tratamiento de las lesiones provocadas por VPH que previenen la lenta progresión a cáncer (López, A. y Lizano, M., 2006); sin embargo, sólo en las etapas más avanzadas de la infección se manifiestan los síntomas físicos (Luna-Blanco, M. y Sánchez-Ramírez, G., 2014) lo que aumenta la vulnerabilidad de la persona por la búsqueda tardía de atención y la mayor probabilidad de progresión a cáncer.

### **La salud sexual y el VPH desde la antropología**

Ante este panorama, se comenzaron a realizar investigaciones de carácter socioantropológico desde el inicio del milenio, las cuales han hecho patente la necesidad de incluir las representaciones y prácticas en torno a la sexualidad<sup>7</sup>, las ITS y la atención a la salud sexual y reproductiva. A partir de la revisión de la producción antropológica (Da Silva y Jiménez, 2005; Reartes, 2005 y 2007; Rangel, 2007; Picón, 2009; Salazar, 2009; Salcedo y García, 2010; Castro y Arellano, 2010; Aranda, 2010; Luna-Blanco y Sánchez-Ramírez, 2014; Vargas-Daza, *et al*, 2014; Castro y Arellano, 2014; Cortés, 2013), detectamos algunas de las temáticas centrales asociadas a la infección por VPH, como sus efectos en la procreación; la búsqueda de información en otros espacios alternos al hospital, el diagnóstico

---

<sup>7</sup> Para efectos de este trabajo, definimos a la sexualidad como "una categoría del comportamiento indispensable para la sobrevivencia de toda especie animal que se organiza socialmente, que se significa culturalmente a través de una construcción vivencial y racional que los diferentes grupos humanos generan y que sus individuos integran a partir de sus experiencias de percepción e interacción" (Peña, 2003: 41). La sexualidad incluye elementos como el cuerpo, el género, el erotismo, la reproducción y la vinculación afectiva (Peña, 2011).

como fuente de conflictos de pareja o violencia; la incapacidad del personal médico para indagar de manera efectiva sobre los hábitos sexuales de las mujeres; el papel de la educación sexual y su relación con las representaciones sociales en torno a la sexualidad que pueden convertirse en obstáculos para su efectividad; la importancia de las consecuencias en la vida cotidiana del diagnóstico; pero también se ha detectado un empoderamiento de parte de las mujeres posterior al diagnóstico, volviéndose activas en la demanda del uso de preservativo a sus parejas.

En torno al diagnóstico de VPH hay varias problemáticas. Por un lado, la información sobre el virus es insuficiente y no contextualizada; la realización de la prueba de Papanicolaou tiene en varios lugares falta de higiene, privacidad, profesionalismo o calidez que desalienta a la práctica de las mujeres, los profesionales no explican la evolución de VPH y su relación con el CaCu, además de no brindar información sobre las pruebas subsecuentes (Luna-Blanco, M. y Sánchez-Ramírez, G., 2014; León-Maldonado, Allen-Leigh, y Lazcano-Ponce, 2014); cuando las dudas que genera la prueba no son resueltas, las mujeres experimentan ansiedad, y ante el diagnóstico tienen sentimientos de culpa, angustia, confusión, incertidumbre, además de la experiencia de ser estigmatizadas (León-Maldonado, Allen-Leigh, y Lazcano-Ponce, 2014). Asimismo, el diagnóstico de VPH tiene un impacto emocional que llega a generar problemas físicos y psicosomáticos que pueden ser más dañinos que aquellos que son consecuencia directa del virus, la complicación psicológica afecta la esfera biopsicosocial de las mujeres diagnosticadas (Meza, M., 2008). Ambas problemáticas son ignoradas por el sistema de salud y no se brinda una atención comprehensiva alrededor de esta infección de transmisión sexual; como señala Reartes (2005: 351), la orientación cualitativa de este tipo de trabajos puede aportar información "sobre las condiciones en que las personas viven, enfrentan y tratan de solucionar el VPH así como contribuir a mejorar la atención médica".

La investigación sobre la IVPH como ITS se ha puntualizado en la función reproductiva de las mujeres, dejando de lado otros aspectos de la vida en los cuales estos padecimientos impactan; estos elementos refuerzan la pasividad y abnegación femenina convirtiéndose en factor de riesgo (Hartigan, 2001), y están asociados a los roles de género y sexuales considerados propios de la mujer, como la monogamia, las expectativas del ser mujer, las sanciones sociales en torno al ejercicio de la sexualidad, el poder y conocimiento sobre el cuerpo, las valoraciones culturales de lo masculino y femenino, el significado del cuerpo, la organización del sistema de salud, las redes de apoyo social, los determinantes sociales sobre la sexualidad y una serie de codeterminantes bioculturales relacionados con las ideologías y discursos de carácter neopatriarcal que han generado estereotipos sexo-genéricos considerados naturales, estables y a-históricos.

El panorama mencionado impacta en la decisión sobre la socialización del diagnóstico y la prevención de más contagios; las elecciones sobre tratamientos invasivos o no invasivos, el ejercicio futuro de la sexualidad construido alrededor de una noción de riesgo a partir del VPH; que llaman la atención de múltiples disciplinas para el entendimiento de esta problemática de salud compleja, revestida de significados culturales particulares y con prácticas cotidianas específicas; estrechamente relacionada con políticas públicas de salud y su aplicación en micro contextos y que condicionan las prácticas individuales; por ello se propone el análisis desde la antropología en salud, con el fin de describir y analizar las distintas dimensiones de articulación, meso, macro y micro, en torno a esta problemática de salud biocultural.

### **El proceso de la investigación**

La investigación se realiza en una institución de salud del Distrito Federal, cuya historia se remonta a la época colonial y se ha centrado desde su fundación en la atención a población femenina, particularmente en los servicios de ginecología y



obstetricia. Actualmente, su principal propósito es la atención a pacientes en las especialidades de ginecología, obstetricia, oncología ginecológica y atención neonatal.

En esta institución se planteó realizar el protocolo de investigación que se centra en la etnografía hospitalaria; que entre otros objetivos, permitiría vislumbrar las divergencias y discrepancias entre las trayectorias protocolarias y las individuales en la atención a la salud sexual y reproductiva posterior al diagnóstico de VPH. El protocolo fue sometido a consideración del comité de ética de la institución, que dio el visto bueno para su realización desde febrero del año en curso.

La investigación contempla varias etapas. La primera se centró en la revisión de las historias clínicas resguardadas en el archivo del Hospital, con el objetivo de generar una base de datos que incluya variables sociodemográficas y de salud sexual y reproductiva de las mujeres que reciben atención en esta institución y que han sido diagnosticadas con VPH. La segunda etapa contempla la etnografía hospitalaria en el servicio de colposcopia de la clínica de displasias de la institución, que nos permitirá conocer la trayectoria protocolaria de atención al VPH y las dinámicas que se dan al interior del mismo entre el personal de salud y las demandantes de atención; además de permitir ser un espacio de contacto con las mujeres diagnosticadas con VPH para la realización de entrevistas.

Finalmente, la tercera etapa se centrará en realizar entrevistas a personal de salud y mujeres diagnosticadas con VPH con el objetivo de profundizar en elementos sobre salud sexual y reproductiva que nos lleven a comprender cuáles son las trayectorias y los mecanismos de atención a las ITS, en particular al VPH.

### **La revisión de archivos**

Como señala Gil (2010), los archivos se han excluido tradicionalmente de la investigación antropológica por considerar que sus narrativas son limitadas, haciéndolos pobres en términos etnográficos, además de su carácter oficial que tienen y la supuesta artificialidad en su construcción. A partir de esta reflexión,

planteamos esta comunicación, no como un trabajo de antropología de archivo, sino una meditación sobre la utilidad de los archivos en la investigación antropológica en salud.

Partimos de considerar que los archivos tienen un uso etnográfico (Zavala, 2012), que en el caso de esta investigación nos permite delinear no sólo las características de la población de esta institución de salud, sino también vislumbrar algunas de las temáticas de interés para el análisis. Una de las primeras etapas de la investigación en salud, es realizar una revisión del estado de la población que participará en ella. Por ello, la primera fase del presente trabajo se centró en la revisión del archivo hospitalario de la institución donde se realiza el trabajo de campo, centradas en los diagnósticos de VPH hechos en el servicio de colposcopia durante el año 2015. A partir de esta revisión, obtuvimos algunos datos que nos acercan a las trayectorias de salud sexual y reproductiva de las mujeres que son atendidas en esta institución.

En teoría, los archivos de los hospitales que dependen del Estado son públicos, sin embargo, se encuentran sometidos a la Ley de Protección de Datos Personales<sup>8</sup>, por lo que acceder a ellos implica un proceso de autorización. En el caso de este trabajo, este proceso fue realizado por el comité de ética, que emitió un dictamen favorable para la revisión. Una vez aprobado el acceso, "el investigador debe interactuar con los actores que son los que en efecto permitirán, o no, realizar el trabajo de documentación del modo previsto, esto es, los empleados de esas oficinas vinculadas con estos acervos documentales" (2010: 261); es decir, pone en la mesa del debate las dificultades creadas por el personal, la falta de espacio o la desconfianza al trabajo antropológico sobre los documentos revisados, afortunadamente ése no fue el caso de este trabajo.

Así, se produjo en el archivo una dinámica como la que menciona Gil (2010), y el personal del archivo resolvió varias de las dudas que se generaron durante la

---

<sup>8</sup> De acuerdo con las Normas Oficiales Mexicanas NOM-168 y NOM-024-SSA3-2010. Fuente: <http://www.caip.org.mx/articulos/2011/0207srr.html>

revisión, orientaron la búsqueda y facilitaron la tarea a realizar. El archivo de la institución de salud se encuentra localizado en la planta baja, frente a la entrada principal del edificio donde se encuentran los consultorios, esto para facilitar la apertura de los expedientes nuevos a las pacientes de primer ingreso. Se encuentra en un espacio que se divide en tres habitaciones continuas, la primera tiene un acceso lateral, a un lado del mostrador donde las pacientes solicitan la apertura de su expediente y donde los médicos y/o enfermeras solicitan los expedientes de las pacientes que ese día recibirán consulta. En esta primera habitación se encuentran colocados diez archiveros en línea y cinco más contra la pared, además de un mueble al fondo que cumple con la función de archivero. De frente, hay un pequeño pasillo donde se encuentran tres archivadores de un lado y cuatro del otro, del lado izquierdo hay un pequeño cuarto con una fotocopiadora y dos archiveros más y cruzando el pasillo se encuentra una última habitación, con cinco filas de tres archiveros cada una, además de tener las paredes recubiertas por los mismos muebles.

Los expedientes se codifican con un número de seis dígitos (que empiezan desde el 29, y en el caso de expedientes más antiguos desde el 28) y un color, que corresponde al último dígito del código: café para 1; anaranjado para 2, verde para 3, azul celeste para 4, amarillo para 5, morado para 6, rojo para 7, gris para 8, rosa para 9 y azul rey para 0. Los expedientes se encuentran agrupados por color y ordenados de manera descendente (por ejemplo, el color café se encuentra al inicio de la primera habitación, agrupados 305411, 305421, 305431, consecutivamente). De acuerdo a la norma del hospital, los expedientes contienen los siguientes elementos:

1. Hoja frontal de ingreso y egreso
2. Historia clínica ginecológica u obstétrica completa
3. Hoja de referencia, cuando exista el envío
4. Hoja de ingreso a hospitalización
5. Notas de evolución en forma cronológica ascendente

6. Notas pre y post anestesia
7. Resúmenes clínicos en forma cronológica ascendente
8. Informes de laboratorio y gabinete
9. Hoja de enfermería en el orden cronológico ascendente
10. Gráficas
11. Estudio social médico
12. Hoja de trabajo social
13. Orden de ingreso o del servicio de admisión y urgencias
14. Consentimientos informados
15. Hoja de transferencia o traslados
16. Otros

Sin embargo, detectamos que el orden de los documentos se invierte en ocasiones, suponemos que esto se debe a cuestiones prácticas; mientras que en algunos casos algunas notas médicas se encontraban ausentes, lo cual adjudicamos al error humano. En general, los elementos en los que centramos nuestro interés era la historia clínica ginecológica, para reconstruir las trayectorias de salud sexual y reproductiva; los resúmenes clínicos, particularmente aquellos de la clínica de displasias y los reportes de trabajo social, los cuales se levantan cuando se abre el expediente, y que nos brindaron los datos sociodemográficos necesarios para el análisis.

El trabajo sobre los expedientes clínicos se centró en algunas variables que consideramos importantes para la reconstrucción de las historias de salud sexual y reproductiva de las mujeres. Para el registro, se construyó una Cédula de datos sociodemográficos (Tabla 1), la cual sirvió de guía para la construcción de la base de datos en el Programa de Análisis Estadístico SPSS V. 13, la cual incluyó las variables contempladas en la cédula y se registraron otras que en el curso de la revisión de los expedientes fueron consideradas relevantes.

**Tabla 1. Cédula de datos sociodemográficos**

<b>No. de expediente</b>		<b>No. de registro</b>	
Servicio		Fecha	
Edad		Nivel socioeconómico	
Estado civil		Ocupación	
Escolaridad		Institución de referencia	
Edad de inicio vida sex		Gestas/Hijos/Abortos	
MPF		Otras ITS	
Diagnóstico/Edad		Diagnóstico previo/Edad	
Tratamiento		Seguimiento	
<b>Comentarios</b>			

Fuente: elaboración propia, 2015

Para la revisión de los expedientes, el primer paso fue solicitar al servicio de epidemiología una base de datos que contuviera los números de expedientes de mujeres que fueron diagnosticadas con VPH durante el año 2015; recibimos una base de datos de 666 expedientes, la cual fue depurada antes del trabajo en el archivo, eliminando los casos repetidos, quedando un total de 588 números de expedientes. Con el apoyo del personal se inició la revisión de los expedientes médicos, dando lugar a una segunda depuración de aquellos que no correspondían al servicio de colposcopia y que asumimos habían sido capturados erróneamente. Finalmente, se consignaron los datos de 354 expedientes de mujeres que efectivamente habían sido diagnosticadas con IVPH en la clínica de displasias de la institución.

Si bien existen restricciones sobre el número de expedientes a consultar, éstas se orientan a minimizar la cantidad de trabajo de los archivadores al reordenar los

materiales consultados al día, considerando que son varios los servicios que demandan su presencia para la atención a las pacientes. En este sentido, al inicio del trabajo se contó con la restricción de consultar sólo 22 expedientes diariamente, lo cual correspondía las cédulas de petición de expedientes, que se llenaban un día previo para que los archivadores pudieran proporcionarme el material. Sin embargo, al tercer día de trabajo, se planteó al jefe del archivo la posibilidad de obtener directamente los materiales, sin necesidad de intervención del resto del personal para no interferir en las actividades cotidianas del hospital. El jefe del archivo vio la conveniencia de este arreglo y explicó el sistema de ordenado y el espacio donde colocar los expedientes revisados (al fondo de la primera habitación, ordenados por color), lo cual facilitó la revisión de expedientes a un ritmo más rápido del contemplado inicialmente, aunque no por ello disminuyó la dificultad de registrar los datos que, en numerosas ocasiones, se encontraban incompletos.

### **Algunos datos sobre las trayectorias de salud sexual y reproductiva**

En este apartado nos enfocaremos en algunos de los resultados preliminares obtenidos a partir de la revisión de las historias clínicas a partir de los expedientes médicos. Respecto a la caracterización sociodemográfica de la población, es relevante mencionar que el 34.20% corresponde a un nivel socioeconómico nivel 2; mientras que el 16.7% corresponde al nivel 1 y el 7.1% al nivel 3; es decir, el de mayor ingresos; sin embargo, también es significativo señalar que casi el 58% del total de los expedientes revisados no consignaban el nivel socioeconómico asignado a la paciente; con la presencia cotidiana en el espacio del archivo pudimos relacionar esta ausencia con la prioridad que se dan a otros datos al momento de la apertura del expediente.

Sobre la escolaridad, destaca que la mayor parte de la población se encuentra entre la secundaria completa y el bachillerato completo; mientras que un porcentaje menor cuenta con estudios de licenciatura o posgrado; el nivel de

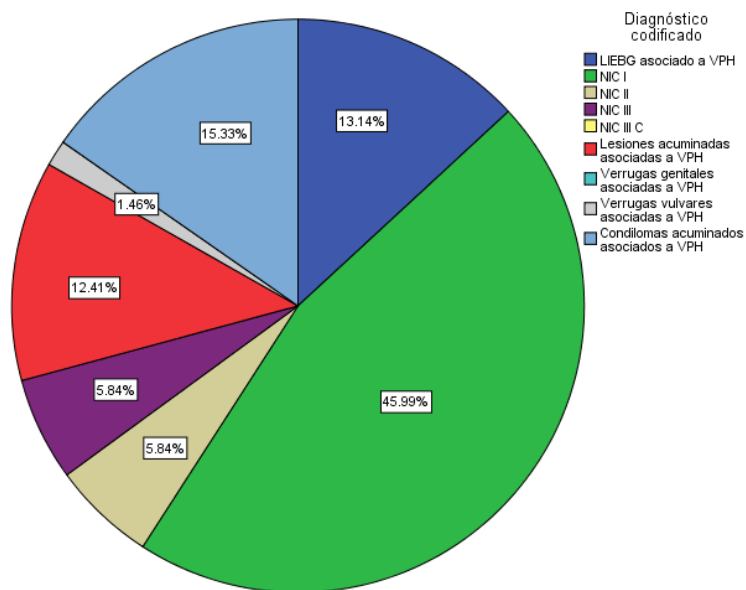
escolaridad es significativo por ser uno de los factores de riesgo macroestructurales que la literatura menciona con una asociación fuerte al contagio de VPH; sin embargo, si consideramos que la educación sexual escolarizada se recibe en algún momento entre el 6° grado de primaria y el 3° de secundaria, y la mayoría de las mujeres se inscriben entre esos grados escolares, esto nos llevaría a cuestionar sobre la efectividad y calidad de los mensajes transmitidos. Respecto a las ocupaciones, casi el 45% de las mujeres reportó dedicarse al hogar, el siguiente porcentaje, de 20% corresponde a estudiantes y después a empleadas; mientras que menos del 6% se dedica al ejercicio profesional de alguna licenciatura. La mitad de las expedientes corresponden a mujeres solteras; casi el 25% a mujeres casadas y el 17% a mujeres que viven en unión libre.

Se consignó la edad al momento de la apertura del expediente, variando de los 14 a los 80 años. Para la reconstrucción de las trayectorias de salud sexual, es significativo que las edades de inicio de la vida sexual se inscriben en algún momento entre los 12 y los 39 años; siendo más frecuente iniciarla entre los 14 y 20 años, y un mayor porcentaje ubicado a los 18 años, esto lo asociamos a la carga moral en torno al inicio de la vida sexual activa, que sanciona si es iniciada "demasiado pronto" y a la supuesta autonomía que la mayoría de edad brinda para decidir sobre el propio cuerpo.

En relación con el ejercicio de la sexualidad, es de destacar que casi el 30% de las mujeres reporta haber tenido una pareja sexual a lo largo de su vida y más del 90% indica haber tenido menos de cinco parejas sexuales, mientras que un porcentaje menor al 4% señala haber tenido más de ocho parejas sexuales. En este aspecto, asumimos que ocurren dos situaciones que no son necesariamente excluyentes: por un lado, el reporte de menos parejas sexuales puede deberse a la retención de información por parte de las mujeres; por el otro, es posible que no necesariamente exista dicha retención y el menor número de parejas sexuales esté

relacionado con los discursos sobre la sexualidad femenina que exaltan el comportamiento recatado y, por ende, un menor número de parejas sexuales (Peña y Hernández, 2013).

Si bien existe una NOM<sup>9</sup> respecto al diagnóstico de VPH y también una directriz institucional, encontramos una gran variabilidad en los diagnósticos dados a las mujeres. El diagnóstico se registró como aparecía en la nota médica, y se catalogó de acuerdo a las directrices ya mencionadas en la base de datos; sin embargo, detectamos que hay una gran variabilidad al momento de identificar las lesiones asociadas al VPH, elemento que se explorará en la etnografía hospitalaria para indagar sobre los criterios diagnósticos y su homogeneidad.



**Gráfica 1. Diagnóstico de VPH**

Fuente: trabajo de campo, 2016

<sup>9</sup> Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA2-1994. "Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cervicouterino"



Respecto a las edades al momento de ser diagnosticadas con IVPH se ubican entre los 14 y 80 años, aunque más del 50% se realizó antes de los 28 años, lo que corresponde con los datos epidemiológicos presentados previamente. Detectamos que varios de los diagnósticos realizados se hicieron en el marco de las consultas prenatales, lo que nos lleva a considerar que el acercamiento de primera vez a servicios de salud ginecológicos es a partir del embarazo, lo que nos hablaría de trayectorias de salud sexual no inscritas en el contexto biomédico; de la misma manera, que el tratamiento se reserve para después del parto nos habla de la primacía de la función reproductiva sobre cualquier otra.

Sobre el tratamiento, observamos una gran variabilidad en las opciones, aunque se corresponden con los diagnósticos emitidos, pero los tratamientos se corresponden con los señalados por la NOM y la literatura: criocirugía, conización, electrofulguración de lesiones, etcétera. Sin embargo, un aspecto destacable es que de 354 expedientes registrados, sólo una mujer se negó a recibir el tratamiento, ante lo cual el hospital solicitó la firma de formatos que lo liberara de responsabilidad. Esto es importante porque nos da indicios sobre la primacía de los conocimientos biomédicos y la autoridad que este conlleva cuando se trata de intervenir sobre el cuerpo, tal que prácticamente la totalidad de las mujeres acepta recibir el tratamiento propuesto, aunque valdría la pena explorar en la etnografía en el servicio si el consentimiento para recibir el tratamiento es solicitado, sabemos que se hace de conocimiento de las pacientes y antes de aplicarlo se pide la firma de un consentimiento informado, pero nos cuestionamos si esto se trata sólo de un requerimiento burocrático o es un mecanismo efectivo para que las mujeres ejerzan la autonomía sobre su cuerpo.

Finalmente, respecto a los métodos de planificación familiar (MPF), destacamos varios elementos importantes. Por un lado, aunque no es un porcentaje significativo estadísticamente, poco menos del 2% de las mujeres señala emplear la pastilla de emergencia o del día siguiente como método anticonceptivo, aunque

como su nombre lo expresa, debe ser reservado para situaciones excepcionales por la alta carga hormonal. Por otro lado, destaca que el 30% de las mujeres reporta el uso de condón como MPF; de acuerdo a la Encuesta Mundial sobre Sexo, sólo el 43% de los jóvenes utilizan condón<sup>10</sup>, el principal método de barrera para la prevención de embarazos no deseados e ITS; sobre el mismo MPF, el Consejo Nacional de Población indica que el uso del condón es poco mayor al 10% para 2014<sup>11</sup>. Que menos de la mitad de las mujeres empleen este método, al mismo tiempo que el 25% haya reportado que no emplean ningún MPF, nos lleva a pensar que además de no existir la prevención de embarazos no deseados, existe una situación de vulnerabilidad ante las ITS, que puede asociarse a diferentes aspectos, como la incapacidad de negociar el uso del condón con la pareja o la elección activa de no hacerlo.

### **Reflexiones finales**

Como señala Zavala (2012), los archivos también se convierten en espacios sociales que nos hablan de las dinámicas que se realizan a su alrededor; nos conduce a preguntarnos sobre las intenciones y los intereses detrás de su construcción; e invitan a pensar en la construcción de los mismos. Si bien la autora se refiere a la conformación de archivos parroquiales, consideramos, de acuerdo con Trias (2005), que todos los documentos conservados por su valor permanente son parte de un archivo, en este caso, los expedientes que contienen las historias clínicas. En este sentido, Tyler (citado en Trias, 2005) menciona que el archivo se compone de información susceptible de ser manipulada por el investigador y puesta en uso para los objetivos del trabajo realizado, transformándose en contexto.

---

<sup>10</sup> "México en la Encuesta Mundial sobre Sexo" Fuente: [http://www.comoves.unam.mx/assets/revista/13/ojodemosca\\_13.pdf](http://www.comoves.unam.mx/assets/revista/13/ojodemosca_13.pdf) Fecha de consulta: 28 de julio de 2016

<sup>11</sup> Indicadores de salud sexual y reproductiva 2014. Consejo Nacional de Población. Fuente: [http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Salud\\_Sexual\\_y\\_reproductiva](http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Salud_Sexual_y_reproductiva) Fecha de consulta: 28 de julio de 2016

Retomamos esta reflexión al pensar en los datos que no se encuentran visibles en el expediente pero que pueden ser sensibles para el análisis antropológico. En este sentido, consideramos que los datos cuantitativos nos permiten caracterizar a nuestra población de interés, pero a la vez nos han brindado información valiosa que detona cuestionamientos importantes para el análisis, como la relación entre médico y paciente. Consideramos que los archivos de salud son materiales viables para la aproximación etnográfica y no sólo estadística; los historiales clínicos son relevantes como fuente de información contextual y se convierten en complementos importantes para la etnografía y, como ya mencionamos, se vuelven fuentes de inquietudes antropológicas que pueden guiar el trabajo de campo y que detonan análisis de otro orden.

Por otro lado, el trabajo en archivo brinda la posibilidad de inscribir metodológicamente la investigación, si consideramos que engloba una parte documental de la cultura (Trias, 2005), en este caso, la institucional. En este sentido, destacamos varias características en la construcción de las historias clínicas. Por un lado, si bien existe una normatividad en el diagnóstico, en la revisión archivística y la construcción de la base de datos se hizo patente una gran diversidad en la manera de conceptualizar las lesiones observadas; por otro lado, detectamos algunos aspectos de la historia clínica, en particular los referidos a la vida sexual, como número de parejas y edad de inicio, que no cuentan con información y que consideramos se debe a la falta de comunicación en el momento de recolección de la información.

Finalmente, enfatizamos la importancia del enfoque biocultural en la investigación antropológica sobre problemas de salud. Esta aproximación nos permite analizar a profundidad no sólo los problemas de salud definidos por la biomedicina, sino las dinámicas que se generan a su alrededor y que en el caso de la infección por VPH trascienden los efectos meramente orgánicos y nos acerca, como señala Gómez (2014), a conocer las relaciones existentes entre los datos biomédicos con la realidad corporal, social y cultural de la persona y su

enfermedad. Así, el análisis sobre el VPH nos permite conocer dinámicas tan complejas como aquellas dadas en el contexto de la atención sanitaria, problemáticas asociadas a las relaciones sexo – genéricas; además de aspectos de la cotidianidad, como el establecimiento de vínculos afectivos en relaciones de pareja o la socialización de diagnósticos con el grupo familiar y social cercano, que se encuentran inscritos en un marco macro estructural que condiciona decisiones individuales.

## **Bibliografía**

1. Adaco, K. *Conocimiento acerca del virus del papiloma humano en mujeres de una zona rural*. Universidad Veracruzana, Facultad de Enfermería, Minatitlán, Veracruz.; 2010
2. Calderón, M. "Cáncer cervicouterino y sexualidad. Un enfoque desde la narrativa de las mujeres enfermas", en *Estudios de Antropología Sexual*, Vol. 1, No. 4, Instituto Nacional de Antropología e Historia, México, D.F.; 2013
3. Diestro, M. *et al*, "Cáncer de cuello uterino. Estado actual de las vacunas frente al virus del papiloma humano", en *Oncología*, Vol. 30, No. 2, Madrid, España.; 2007
4. García, J. y Salcedo, A. (2010) "El virus del papiloma humano y sus consecuencias en la salud sexual y reproductiva", en *Revista de Estudios de Antropología Sexual*, Vol. 1, No. 2, Instituto Nacional de Antropología e Historia, México, D.F.; 2010.
5. Gil, G. "Etnografía, archivos y expertos. Apuntes para un estudio antropológico del pasado reciente", en *Revista Colombiana de Antropología*, Vol. 46, No. 2, Julio – Diciembre, pp. 249 – 278; 2010.
6. Gómez, D. "Anorexia y sexualidad: trayectoria de una mujer diagnosticada con anorexia nerviosa en el Distrito Federal", en *Revista de Estudios de Antropología Sexual*, Vol. 1, No. 5, Instituto Nacional de Antropología e Historia, México, D.F., pp. 67 - 82; 2014.

7. González-Losa, *et al*, "Factores asociados al papilomavirus humano en mujeres mexicanas", en *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, Vol. 53, No. 3, pp. 255-262; 2002.
8. Hernández, L., Padilla, S. y Quintero, M. "Factores de riesgo en adolescentes para contraer el Virus de Papiloma Humano", en *Revista Digital Universitaria*, Vol. 13, No. 9, Septiembre, México, D.F.; 2012. Fuente: <http://www.revista.unam.mx/vol.13/num9/art96/index.html> Fecha de consulta: 4 de julio de 2015
9. Hernández-Girón, C. *et al*, "Prevalencia de infección por virus de papiloma humano de alto riesgo y factores asociados en embarazadas derechohabientes del IMSS en el estado de Morelos", en *Salud Pública de México*; Vol. 47, No. 6, Noviembre-Diciembre. México, D.F.; 2005.
10. Instituto Nacional de las Mujeres, *Diagnóstico sobre el contagio del virus de papiloma humano en las mujeres del municipio de Chimalhuacán, Estado de México*, Estado de México; 2012.
11. López, A. y Lizano, M. "Cáncer cervicouterino y el virus del papiloma humano: la historia que no termina", en *Cancerología*, No. 1. México, D.F.; 2006.
12. Luna-Blanco, M. y Sánchez-Ramírez, G. "Posibilidades sociales de prevención de la infección por virus de papiloma humano y de cáncer cervico-uterino en San Cristóbal de las Casas, Chiapas, México", en *LiminaR. Estudios sociales y humanísticos*, Vol. XII, No. 2, Centro de Estudios Superiores de México y Centro América, México, D.F.; 2014.
13. Martínez, A. "La copia de los hechos. La biomedicina, el poder y sus encubrimientos", en *Quaderns de l'Institut Català d'Antropologia*, Vol. 27, pp. 45 – 64; 2011.
14. Meza, M. *et al*. "Condición emocional de las pacientes con infección por virus de papiloma humano", en *Perinatología y reproducción humana*; Vol. 22, No. 3. Julio-Septiembre, México, D.F.; 2008.

15. OPS-OMS, *Prevención y control integrales del cáncer cervicouterino: un futuro más saludable para niñas y mujeres*; World Health Organization, Washington, D.C.; 2013.
16. Peña, E. *Los entornos y las sexualidades de las personas con discapacidad*, México, D.F., EDUFAM Ediciones; 2003.
17. Peña, E. "Antropología sexual: bases teóricas y metodológicas", en Barragán, Anabella y Lauro, González, *La complejidad de la antropología física. Tomo II*, Instituto Nacional de Antropología e Historia – Escuela Nacional de Antropología e Historia, México, D.F.; pp. 289 – 314; 2011.
18. Peña, E. y Hernández, L. (2013) "La "alternación" de la sexualidad en personas con discapacidad", en Peña, E. y Hernández, L. (coords.) *Discriminación y violencia. Sexualidad de grupos en situación de vulnerabilidad*, CONACULTA-INAH. México, D.F., pp. 211-240.
19. Rocha, L. "Infecciones de transmisión sexual. Papiloma", Departamento de microbiología y parasitología, Facultad de Medicina; 2014 Fuente: <http://www.facmed.unam.mx/deptos/microbiologia/virologia/infecciones-transmision-sexual.html> Fecha de consulta: 15 de marzo de 2015.
20. Salazar, A. "Género, salud y sexualidad: una reflexión sobre las enfermedades de transmisión sexual", en *El sujeto sexuado: entre estereotipos y derechos. Memorias de la III Semana Cultural de la Diversidad Sexual*, Instituto Nacional de Antropología e Historia, México, D.F.; 2009.
21. Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica "Los virus del papiloma humano y el cáncer", en *Epidemiología*, Vol. 22, No. 15, abril, México, D.F.; 2005.
22. Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica "Desarrollo, evolución y estadística del virus de papiloma humano", en *Boletín epidemiológico*, Vol. 31, No. 16, Abril. México, D.F.; 2014.
23. Tirado-Gómez, L. *et al.* "Factores de riesgo de cáncer cervico-uterino invasor en mujeres mexicanas", en *Salud Pública de México*; Vol. 47, No. 5, Septiembre-October. México, D.F.; 2005.

24. Trias, S. "Historia y antropología de archivo", en *Memòries de la Reial Acadèmia Mallorquina d'Estudis Genealògics, Heràldics i Històrics*, No. 15: pp. 75-88; 2005.
25. Zavala, M. "Hacer estudios etnográficos en archivos sobre hechos sociales del pasado. La reconstrucción de la trayectoria académica y religiosa de Monseñor Pablo Cabrera a través de los archivos de la ciudad de Córdoba", en *Tabula Rasa*, No. 16, pp. 265-282; 2012.