



ISSN 1692-0945

Revista electrónica de Psicología Social  
FUNLAM

## EL CÁNCER CERVICOUTERINO, UNA MIRADA DESDE EL INTERACCIONISMO SIMBÓLICO.

**Marleny Valencia Arredondo**

Estudiante Doctorado en Salud Pública  
Universidad de Antioquia

### 1. Introducción

Este ensayo parte explicando, muy brevemente, el título que opté por ponerle a mi proyecto tesis, asunto que servirá de abre bocas a la intención de este trabajo. El cáncer de cérvix (Cacu) como la mayoría de las enfermedades crónicas, es un fenómeno complejo, que presenta diversas caras, y de éstas la más explotada es la biológica, lo cual no deja de tener claras implicaciones propias del modelo biomédico, como son la invisibilización del sujeto que padece la enfermedad, la preponderancia que se le da a la enfermedad y al tratamiento como asuntos descontextualizados. Por esto, decidí tomar el título de “La cara humana del cáncer cervicouterino”, con el fin de comprender el fenómeno desde los actores, sus significados al respecto de esta enfermedad y las relaciones entre las subjetividades, intersubjetividades y contextos sociales, económicos, políticos y culturales. De esta manera, tener una comprensión más amplia de esta enfermedad, saliéndome del modelo médico hegemónico; modelo que ha liderado el estudio de este tumor.

### 2. Implicaciones del abordaje desde el modelo biomédico

Como se comentó en la introducción, la cara más conocida del Cáncer de Cervicecervix, es la biológica y por tanto se han alcanzado grandes desarrollos en este campo, es así como se han logrado instaurar medidas de control basadas en la detección temprana de la enfermedad, la identificación del virus del Papiloma humano (VPH), como el agente necesario pero no suficiente para el desarrollo de este tumor, el conocimiento de la historia natural de la enfermedad, el establecimiento de factores de riesgo y por consiguiente de grupos de mujeres de mayor riesgo y de tratamientos sofisticados y de última generación, etc. A pesar de todos estos adelantos, no ha sido posible el control de dicha enfermedad y continúa llevando a la muerte a muchas mujeres, sobre todo las de condiciones socioeconómicas precarias, lo que denota la inequidad existente en nuestra sociedad.

Como se planteó anteriormente, el modelo médico ha sido el hegemónico para afrontar los procesos de salud enfermedad, lo cual no deja de tener deficiencias, pues, se hipertrofia un enfoque, mientras otros que son igualmente importantes se dejan de lado o se les presta poca atención. Dentro de las implicaciones que ha tenido este modelo para el abordaje de las enfermedades se tienen:

- Se centra en la patología, por tanto, el estudio de ellas se realiza como si fueran entidades con vida propia, donde el sujeto que las padece se pierde y queda solamente el padecimiento como eje central de la consulta o de las medidas de control. (Engel 1992.).

- Reduccionista ya que fenómenos que son complejos se fraccionan y se estudian como componentes biológicos elementales, ya sea desde el punto de vista clínico o desde indicadores epidemiológicos, casi siempre aislados y alejados del contexto en que vive el sujeto que sufre la alteración. También es más curativo que preventivo, pues hace énfasis en la enfermedad dejando de lado la promoción de la salud en su concepto amplio(Engel 1992.).

- Se tiene la objetividad como una característica primordial, por esto, en el estudio de las enfermedades los médicos pretenden tomar distancia de la enfermedad y del contexto social y cultural del paciente, así como dejar de lado su propia subjetividad. Por esto, la concepción y práctica de la medicina

ha derivado hacia la deshumanización, dado que el sujeto se ha convertido en un objeto para el médico y éste a su vez, sólo tiene en mente la perspectiva de la enfermedad y no el análisis integral del sujeto(Engel 1992.).

- Se le ha dado un status muy superior a los médicos frente a los pacientes pues es él quien detenta los conocimientos y está por encima de los sujetos enfermos, los cuáles son vistos no como personas, sino como portadores de la enfermedad que es el objeto de estudio de su interés. Asunto claramente introyectado por los pacientes quienes asumen su papel pasivo en la relación con el profesional de salud.

-En el diagnóstico y el tratamiento, el paciente o sujeto receptor no tiene mucho que aportar, pues los recursos para ambos están basados en el uso de tecnología sofisticada, además en el tratamiento los adelantos en los medicamentos no dan espacio para considerar los saberes populares, por esto, se consideran externos al paciente y este debe estar dispuesto a recibir las recomendaciones sin interferir, pues el médico es la autoridad, el experto (Engel 1992.).

Otra forma de fragmentación que se hace del cuerpo, es la separación de la mente y cuerpo, llevando a una división de la atención, en la cual los médicos se encargan de los padecimientos orgánicos y los psiquiatras o psicólogos de lo que tenga que ver con la mente. Asimismo, se ha creado una especie de territorios o de barreras disciplinarias entre las distintas especialidades médicas que incluyen tanto el análisis clínico de un órgano específico como la jerga empleada por ellos. Asuntos que contribuyen a la fragmentación de los sujetos en partes que corresponden a una especialidad o a otra, muchas veces sin comunicación efectiva entre ellos, quedando el sujeto nuevamente olvidado como un ser íntegro y total que merece ser analizado en forma completa y no por partes (Engel 1992.);(P Berger 1963).

A pesar de las características de este modelo, que crea dificultades para una comprensión profunda de los procesos salud enfermedad al dejar por fuera el análisis de la condición humana, así como los determinantes sociales, económicos, políticos y culturales donde se desarrolla el proceso de enfermar o morir, se han alcanzado logros en cuanto a la comprensión del fenómeno en

términos biológicos, tales como identificación de virus del PVH como agente plausible de la génesis de este tumor, elaboración de técnicas de detección, vacunas, identificación de factores de riesgo y adelantos en el tratamiento. Sin embargo, estos han sido insuficientes para el control efectivo de esta enfermedad.

Por lo anterior, se propone una comprensión profunda del fenómeno del Cacú por medio del interaccionismo simbólico, donde se rescaten las voces de los actores y sus vivencias que pueden ser muy diferentes en cada caso, como lo comenta muy acertadamente Blumer (Blumer 1982) “No hay que cerrar los ojos ante el hecho de que los seres humanos, en su vida colectiva, forman los tipos de mundo más dispares. Para poder estudiarlos de forma consciente hay que conocerlo, y para conocerlos es preciso examinarlos a fondo. Abstenerse a seguir teorías, por muy ingeniosas que se consideren y prescindir del protocolo científico, por muy meticuloso que sea”, ya que existen otras formas más ingeniosas para familiarizarse con lo que realmente sucede en la esfera de la vida (pag 29). Para lograr este cometido se partirá de la pregunta:

**3. ¿Cómo generar una propuesta de conocimiento que nos ayude a dar cuenta de la realidad del Cacú, bastante dinámica y compleja, que a la vez permita trascender los límites que los paradigmas hegemónicos imponen al conocimiento de lo real social y rescatar las voces de los actores que han sido subsumidas por el modelo tradicional de abordaje de esta problemática?**

Para dar respuesta a este interrogante se parte de que el estudio biológico de los fenómenos solo presenta un aspecto de la realidad de éste y deja por fuera, o los tiene en cuenta tangencialmente, otros tópicos igual o más importantes. Por esto y dado que la realidad es un constructo social, como lo anota claramente Berger y Luckman (P Berger 2006):“ Los hombres producen juntos un ambiente social con la totalidad de sus formaciones socioculturales y psicológicas. Ninguna de estas formaciones debe considerarse como un producto de la constitución biológica del hombre, la que, como ya se dijo, proporciona solo los límites para la actividad productiva humana. Así como es imposible que el hombre se desarrolle como tal en el aislamiento, también es imposible que el hombre aislado produzca un ambiente humano”(pág. 70).

Entonces, el entendimiento de los fenómenos debe surgir de la comprensión de cómo se construye esa realidad desde los actores en el contexto donde se produce y reproduce la enfermedad.

De lo anterior se puede inferir que se debe interpretar los significados de las acciones de acuerdo a las acciones mismas, a las intersubjetividades, a los contextos, pues los comportamientos de los sujetos han sido influidos por el tiempo en que les ha tocado vivir, por sus vivencias, por las relaciones en su diario vivir. O sea que las acciones y las prácticas que los sujetos realizan en su entorno inmediato dan forma y caracterizan a una sociedad determinada. Lo cual es refrendado por Jaime Carmona (Carmona 2008) cuando comenta que: “La creatividad humana ciertamente está restringida a la vez que inspirada por la estructura interna de los universos simbólicos en los que se despliega, el pensamiento crítico está sujeto a las reglas y a las constricciones del lenguaje, pero ello no invalida su capacidad transformadora y de hacer marcas inéditas en el mundo”(pág. 163). Es precisamente esa construcción que ha hecho de su entorno y de sus relaciones lo que se debe comprender para lograr formular políticas y programas que logren mejorar la situación de salud de las comunidades y se pueda hacer un control efectivo del Cacú.

Es pues, tratar de comprender el fenómeno del Cacú, interpretar los significados y los motivos de los actores(Weber 2006) para actuar de determinada forma en ante asuntos como el CaCu y su forma de prevenirlo. No solo con el fin de explicar esa realidad sino de comprenderla y obtener esos elementos de significación que la describen y construyen, así como las fuerzas que los motiva a actuar de una manera frente a una situación de enfermedad. Es decir interpretar aspectos de una acción que se han definido por igual, homogenizando los sujetos y sus acciones sin tener en cuenta que ellos hacen una selección de los aspectos de su mundo según su posición en la estructura social, la situación que les ha tocado vivir, de su biografía, su historia, de sus idiosincrasias personales y pueden tener motivos muy diferentes a los de otros para actuar o dejar de hacerlo(P Berger 1963). En el caso del Cacú, para acceder o no a realizarse la citología o continuar con el tratamiento médico o incluso que utilice otros tratamientos alternativos o porque no se realiza ninguno.

También en esta comprensión, es importante considerar como algunos aspectos de la vida cotidiana, relevantes para el estudio del Cacú, se van institucionalizando y se convierten en asuntos naturales que muchas veces impiden el acercamiento a las medidas preventivas o al autocuidado. En este sentido se destaca **el género**, como una categoría de gran importancia en la comprensión de este fenómeno. Éste se ha entendido clásicamente, como la construcción social de la diferencia sexual y las sociedades van dando significado de acuerdo a la apariencia biológica, sexual y de las relaciones de poder entre hombres y mujeres. El análisis del concepto de género, permite entender como éste permea las construcciones sociales y tiene implicaciones claras en la vida de los individuos, pues los comportamientos masculinos y femeninos se construyen socialmente vinculados a las relaciones de poder subyacentes en las sociedades y por lo general de forma jerárquica y desigual. Es un orden social que se les impone a los individuos, hombres y mujeres, con variaciones históricas y entre grupos sociales (Szasz 1998).

Cada sociedad articula y elabora unas visiones particulares del mundo, un sistema de interpretación, un mundo propio de significación que le da sentido. Por tanto, el género también es una construcción social basada en la interpretación cultural que se le ha adjudicado a la diferencia biológica que distingue a los sexos. Así, las respuestas de ambos sexos van adquiriendo un significado diferencial y va desarrollando formas de comportamiento propios de hombres y mujeres que inciden en todo el actuar en la vida cotidiana y se introyecta y reproduce en la cultura de género (Hernández-Angueira 2008). Al irse habituando a una manera de comportarse de acuerdo si se es mujer u hombre; asunto que ha sido culturalmente aceptado, reconocido y transmitido generación tras generación, se va creando la institucionalización de los comportamientos ya que toda actividad humana que se repite con frecuencia, crea unas pautas que se reproducen y se retienen como conocimientos que se dan por establecidos. (P Berger 2006). De esta manera, muchas concepciones sobre la enfermedad, la manera de prevenirla y curarla, son heredadas de madres a hijas, ya que la mujer es considerada cuidadora por excelencia.

De esta manera, el cuerpo de conocimiento que se transmite se aprende como verdad objetiva durante la socialización y así se internaliza como una realidad subjetiva. Además, las instituciones van adquiriendo tanta fuerza que

se manifiestan como si tuvieran realidad propia, externa a los sujetos. Sin embargo, dado que dicha realidad posee historia, los individuos la reciben no como parte de su biografía sino como tradición y parte inherente de su propia cultura. Si bien en el ámbito público como los relacionados con la educación y lo laboral, se observan cambios sustanciales referente a los comportamientos y roles de los hombres y las mujeres, en el espacio privado doméstico se encuentra una resistencia mayor al cambio, dado que son esos espacios vitales que conllevan a relaciones personales que ofrecen una resistencia más grande a éstos y es allí donde se perpetúan comportamientos y discursos referentes a las enfermedades y más las que tienen que ver con el ejercicio de la sexualidad.(Lagarde 1990).

Asimismo, de acuerdo a este comportamiento institucionalizado y manifestado en el rol de género, lo cual es acotado por Berger y Luckman (P Berger 2006) quienes consideran que “al desempeñar roles los individuos participan en un mundo social; al internalizar dichos roles, ese mismo mundo cobra realidad para ellos subjetivamente” Estos roles se han tomando e internalizado tan profundamente que muchos individuos aluden a esto a fin de justificar comportamientos de sumisión o de subyugación . Como ejemplos se tienen los hombres machistas que consideran que su comportamiento debe ser de dureza, que en ellos es lícita la promiscuidad, la subyugación de los hijos y de su compañera. Por su parte, las mujeres aceptan sumisamente las imposiciones dadas por su compañero y asumen el rol de madres y esposas sin cuestionarlo, pues, eso es lo que debe hacer y hacerlo bien, invisibilizándose como persona. Como resultado de la internalización de un conjunto de funciones y roles, que luego de estar institucionalizados se consideran normales, se hace una especie de biologización de lo social, naturalizándose algunos comportamientos, haceres y quehaceres que se determinan como propios o inherentes al ser mujer u hombre (Sosa 2005). Como es el caso del cuidado de la familia, de los enfermos, de transmisión de saberes en cuanto a la sexualidad, a la salud, etc.

Ahora bien, la sexualidad en términos amplios y como parte fundamental del género, ha sido considerada como el conjunto de experiencias humanas atribuidas al sexo, definidas por la diferencia sexual y por la significación que cada individuo hace de ella. Es una realidad que configura la

vida en términos subjetivos e intersubjetivos: los deseos y fantasías, la identidad de género, la normas de distancia entre los cuerpos, las capacidades reproductivas. La sexualidad por tanto, no se agota en las necesidades biológicas, sino que es una construcción cultural. Si bien la fisiología y morfología del cuerpo proporciona las condiciones previas para la sexualidad humana, son las relaciones sociales las que permiten la transformación y resignificación de los comportamientos, las acciones y los discursos. Teniendo presente la relación estrecha entre la sexualidad y el Cacú, es de gran trascendencia considerar las complejas fuerzas que modelan y estructuran la sexualidad y la experiencia de la vida sexual.

Puesto que la sexualidad es una construcción social y no sólo un producto biológico, sino también de los sistemas culturales y sociales que moldean, tanto la experiencia sexual, como las formas de interpretación y comprensión de ésta. Entonces, se parte de lo intersubjetivo de los significados, las cualidades colectivas compartidas y no como cuestión de individuos aislados, sino de seres que viven en sociedad y comparten contextos sociales y culturales. Es por ello, que la visión de la sexualidad varía tanto de un lugar a otro, pues es el producto del desarrollo de una cultura y del ambiente que la rodea y de los comportamientos y actitudes creadas desde la infancia, de acuerdo con la formación familiar, religiosa y social, que actúan como marco normativo y de costumbres para el comportamiento sexual (Ramírez 2001). Por tanto, los abordajes que se hagan de fenómenos íntimamente relacionados con la sexualidad, como lo es el Cacú, deben hacerse contextualizadamente y teniendo presente que la aparición de este tumor está condicionado por la vivencia de la sexualidad y las estructuras sociales económicas, culturales y políticas tienen gran relevancia.

Por otro lado, la sexualidad y las experiencias sexuales, pueden ser producidas, cambiadas y modificadas de acuerdo con el cambio de los discursos sexuales, es decir, que estos ayudan a construir la subjetividad de los sujetos, en términos de pensamientos conscientes e inconscientes y emociones, así como sus vías para entender el mundo. Por tanto, los discursos sobre lo sexual pueden afectar tanto como es la sexualidad socialmente entendida y como la mujer entiende por sí misma estos discursos en relación a los significados (McLaren 1998). Aspectos que han sido analizados para



entender que desde tiempos inmemorables las enfermedades de transmisión sexual(ETS) y el Cacu han sido utilizados para judicializar la sexualidad femenina y se define la dicotomía entre mujer buena o mala sexualmente hablando. De esta manera, se estigmatiza y se refuerza la inequidad de género, la considerarse que la mujer buena es aquella que tiene preferiblemente un solo compañero, preferiblemente su esposo, es responsable y no adquiere ETS. La mala por su parte, es irresponsable, tiene muchos compañeros sexuales y por tanto puede sufrir ETS y Cacu. O sea que no solo se estigmatiza ante la sociedad y ante ella misma, creándole sentimientos de culpa y de auto merecimiento, sino que se castiga a la mujer por su “mala sexualidad”.(Braun and Gavey 1999).

Así, se denota que la sexualidad es construida por la cultura, el poder y el saber en sus complejas relaciones (Foucault 2005). Cada grupo social define sus propias normas y determina límites entre lo que es aceptable o intolerable. Sin embargo, debido a la revolución sexual de los sesenta, cambios en la concepción de la sexualidad, la familia, el capitalismo y los movimientos feministas, se han notado grandes transformaciones en el imaginario social, dando como resultado notables diferencias entre la generación actual y las anteriores en lo referente a la sexualidad, pero aún prevalecen, en algunos sectores, concepciones tradicionales sobre la sexualidad. Pues, todavía se encuentra en los discursos sociales la invisibilización y desvalorización de los espacios y actividades asignadas a las mujeres, así como las creencias de que su existencia es por y para servir, atender, cuidar, amar, entre otros, asuntos que en la vida cotidiana y en la sociedad se le continua considerando de origen "natural".(Szasz 1999);(Hernández-Angueira 2008). Debido a la poca valoración que ellas tienen de sí mismas, tienen poco conocimiento orgánico, biológico de su cuerpo y una valoración negativa de la sexualidad y la forma de darle cierto valor a ésta es mediante el ejercicio de la maternidad.

En este mismo sentido, se resalta que tanto las causas, los síntomas, la manera de prevenir y de enfermarse de los sujetos, está estrechamente relacionada con imaginarios de la transgresión a la norma; normas en cuya elaboración y difusión juegan un papel importante las instituciones educativas, legales y médicas ya que estas por medio de sus discursos sociales configuran y reconfiguran la enfermedad y la idea de riesgos en salud. Es así como la

medicina ha logrado establecer que es "normal" y que es patológico para la sociedad, aspecto que junto con el concepto de "grupos de riesgo" contribuyen a la estigmatización y a obstaculizar de manera importante el ejercicio de una sexualidad segura y placentera para ambos sexos. El surgimiento de "grupos de riesgo" por parte de los especialistas en salud conlleva la pérdida de parte de la autonomía en la población, y es uno de los indicadores de la medicalización de las sociedades (Illich, 1984).

Teniendo en cuenta la importancia de los discursos en la construcción de la realidad, en el análisis del Cacú, se pueden conocer los significados que las personas dan a sus hábitos y sus conductas sociales, entre ellos el autocuidado y la prevención de enfermedades, ya que mediante la comprensión de estas concepciones se puede acceder a las visiones del mundo y los significados sociales otorgados a la salud, la enfermedad, la cura, la muerte, etc. Del mismo modo, se refrenda que los discursos son construcciones sociales que permiten a los individuos entender e interpretar la realidad social y no existen discursos sin sujeto, ya que la sociedad como tal no es un sujeto sino que está siendo construida por ellos (Herzlich, 1999).

Vinculado con el anterior punto, es relevante considerar la percepción que tienen las mujeres de su cuerpo como centro origen de su enfermedad, como espacio donde se manifiesta la identidad de género (Szasz 1999), y al mismo tiempo como la base social que sustenta el orden social y las normas (Minello 2002), pues, el hecho de que sea el cuerpo femenino en donde las mujeres centran el padecimiento y el sufrimiento y además lo vinculen con eventos relacionados con la reproducción y la sexualidad, indica que la vivencia de ambos aspectos se percibe cercana al sufrimiento, y a la vez que expresa el orden social en el que se encuentran enmarcadas las mujeres y sus prácticas y vivencias. En estos aspectos, las desigualdades de género juegan un papel central, dado que aunque se ha logrado cierta resistencia a los mandatos sociales en torno a la identidad femenina, manifestado en la exigencia de derechos, inserción en la vida social, reconocimiento como sujeto activo de la sociedad, etc, también se observa el control social de su vida íntima y el poco poder de toma de decisiones en lo relacionados con la vivencia de la sexualidad y la reproducción. Prueba de ello, es como mujeres de zonas marginadas, tienen una representación de su cuerpo y de su sexualidad

articulada al servicio, al afecto, a la entrega, al sacrificio y a la dependencia, por esto, el esposo o compañero es el que decide por ella en muchos asuntos entre ellos en lo relacionado con la sexualidad y el autocuidado.

En términos generales, en la comprensión de fenómenos como el Cacú que están tan íntimamente relacionados con la sexualidad y las experiencias sexuales, es imperativo tener presente que éstas son construidas socialmente y en esta construcción juegan un papel preponderante, las contradicciones que se presentan entre las normas morales, religiosas, sociales, médicas y las prácticas, las expresiones y los comportamientos relacionados con la sexualidad y con la prevención de enfermedades que influyen en su vivencia. Así mismo, se resalta la importancia que tienen las instituciones de salud, educativas, la familia, los medios de comunicación masiva y las políticas públicas en el moldeamiento y resignificación de los discursos y prácticas que conllevan al control de la sexualidad a fin de conservar la salud y prevenir enfermedades (Sosa 2005).

#### **4. Conclusión**

A fin de garantizar una comprensión profunda del fenómeno del Cacú es pertinente realizar estudios que como éste apunten a profundizar en la búsqueda de los significados que tienen los hombres y las mujeres sobre la vivencia de la salud, la enfermedad, el cuerpo, la sexualidad, la cultura de género, y su vinculación con el ejercicio médico en contextos dados, donde se tenga presente la influencia de las estructuras sociales, económicas, culturales y políticas en la forma de afrontar y vivir la enfermedad. Igualmente, importante, ahondar en la relación entre los discursos, las prácticas de salud, la medicalización, las vivencias y prácticas relacionadas con la salud sexual y la sexualidad como tal. Asimismo, es conveniente desentrañar los significados que tienen los sujetos respecto a la atención en los servicios de salud, las barreras que perciben para acceder a estos servicios, ya sean de tipo económico, administrativas o simbólicas, así como las dificultades para que exista una comunicación adecuada entre los profesionales de salud, los planificadores y la comunidad que estén entorpeciendo la instauración de programas de control de esta enfermedad, acordes con las perspectivas de los actores involucrados.

## Bibliografía

Blumer, H. (1982). El interaccionismo simbólico: Perspectiva y método. Barcelona, Hora s.a.

Braun, V. and N. Gavey (1999). "'Bad girls' And 'Good girls'? sexuality and cervical cancer." Women's Studies International Forum 22(2): 203-213.

Carmona, J. (2008). LA CARRERA DE LAS NIÑAS SOLDADO EN COLOMBIA: UN ESTUDIO DESDE EL PUNTO DE VISTA DEL AGENTE. Departamento de psicología social. Madrid, Universidad Complutense de Madrid: 155 - 183.

Engel, G. (1992.). "How much Longer Must Medicine Science be bound by a Seventeenth Century World View?" Family Systems Medicine Vol 10(No 3).

Foucault, M. (2005). Historia de la sexualidad. 1. La voluntad de saber. Madrid, España, Siglo XXI.

Hernández-Angueira, L. (2008). "El imaginario de la sexualidad y la representación de género en Puerto Rico, 1950 - 2000." Revista de Ciencias Sociales 19: 128 - 149.

Lagarde, M. (1990) Identidad femenina. DOI: <http://www.hegoa.ehu.es/congreso/bilbo/doku/lau/IdentidadFemeninadeMarcelaLagard>

Mclaren, P. (1998). Multiculturalismo revolucionario. Pedagogías de disensión para el nuevo milenio. P. McLaren, Siglo XXI.

Minello, N. (2002). Los Estudios de Sexualidad. Estudios Sociológicos. XX: 715-729.

P Berger, T. L. (1963). III. La sociedad como realidad subjetiva. En Construcción social de la realidad Madrid, Amorrutu.

P Berger, T. L. (2006). La construcción Social de la Realidad. Madrid España, Amorrortu editores.

Ramírez, M. E. (2001). "Construcción social de valores acerca de la sexualidad. El caso de la mujeres de la tierra de Xochimilco." Estudios sociológicos XIX(55): 165 - 183.

Sosa, I. (2005). Conclusiones y hallazgos: los significados de la salud y la sexualidad. Proceso agrario en Bolivia y América Latina. S. Itzel. México, Instituto Nacional de las Mujeres: 250.

Szasz, I. (1998) El discurso de las ciencias sociales de la sexualidad.

Szasz, I. (1999). Género y Salud, Propuestas Para el Análisis De Una Relación Compleja. Propuestas Internacionales: Salud, Cambio Social y Política: Perspectivas Desde América Latina. M. B. y. R. Castro. México DF, Edamex, INSP. **Foro Internacional de Ciencias Sociales y Salud:** 109- 121.

Weber, M. (2006). Conceptos sociológicos fundamentales. Madrid, Sociología Alianza.