



UNIVERSIDAD AUTONOMA DEL ESTADO DE HIDALGO
INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD

LICENCIATURA EN PSICOLOGIA

TESIS

**“VPH, MÁS ALLÁ DE LO BIOMEDICO:
EXPERIENCIAS, ESTIGMAS Y TRASFORMACIONES
EN PERSONAS DIAGNOSTICADAS”**

Para obtener el título de:
Licenciada en Psicología

PRESENTA:

Araceli López Ortiz

Director (a)
Dr. Santos Noé Herrera Mijangos

Codirector (a)
Dra. Itzia María Cazares Palacios

Comité tutorial
Dra. Dayana Luna Reyes
Mtra. Jacqueline Michaelleth Moreno Andrade

Pachuca de Soto, Hgo., México., mayo 2026



Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo

Instituto de Ciencias de la Salud

School of Medical Sciences

Área Académica de Psicología

21 de abril de 2026

Asunto: Autorización de impresión formal

DRA. ANDRÓMEDA IVETTE VALENCIA ORTIZ

JEFA DEL ÁREA ACADÉMICA DE PSICOLOGÍA

Head of Academic Psychology Area

Manifestamos a usted que se autoriza la impresión formal del trabajo de investigación del pasante **Araceli López Ortiz**, bajo la modalidad de Tesis Individual cuyo título es: **"VPH, más allá de lo biomédico: Experiencias, estigmas y transformaciones en personas diagnosticadas"**, debido a que reúne los requisitos de decoro académico a que obligan los reglamentos en vigor para ser discutidos por los miembros del jurado.

"AMOR, ORDEN Y PROGRESO"

Nombres de los Docentes Jurados	Cargo	Firma de Aceptación del Trabajo para su Impresión Formal
Dra. Dayana Luna Reyes	Presidente	
Dr. Santos Noé Herrera Mijangos	Vocal	
Dra. Itzia Maria Cazares Palacios	Secretario	
Mtra. Jacqueline Michaelleth Moreno Andrade	Suplente	



"Amor, Orden y Progreso"



Circuito ex-Hacienda la Concepción s/n Carretera Pachuca
Actopan, San Agustín Tlaxiaca, Hidalgo, México, C.P. 42174
Teléfono: 52(771)7172000 Ext. 41531 y 41550
psicologia@uaeh.edu.mx

Página 1 de 1

uaeh.edu.mx

Dedicatoria

Este trabajo está dedicado a quien me acompañó, sostuvo y permaneció, quien, desde el amor, la paciencia y la empatía se convirtió en mi refugio en medio de la vulnerabilidad: A mi hermana **Ana Luz**. Porque en aquellos días inciertos cuando atravesaba un diagnóstico, fuiste luz —como tu nombre lo indica— en medio de tanta oscuridad.

También dedico este trabajo a quienes, en algún momento, enfrentaron el miedo, la incertidumbre o el silencio; a quienes han sentido el peso del estigma o han tenido que reconstruirse desde una experiencia que muchas veces no se nombra.

Agradecimientos

Agradezco profundamente a todas las personas que, de una u otra forma hicieron posible este trabajo.

Este logro no es solo mío, también de quienes estuvieron y sostuvieron este camino.

A mis padres, Olga y Martín, por todo lo que han hecho por mí, por cada esfuerzo silencioso y por cada sacrificio que hizo posible que hoy esté aquí. Gracias por ser mi origen, por enseñarme a seguir incluso cuando parecía difícil y por sostenerme sin condiciones. Por ser el pilar fundamental de este logro. Por su amor incondicional, por cada sacrificio silencioso y por creer en mí incluso en los momentos en que yo dudaba. Su apoyo constante, sus consejos y su ejemplo han sido mi mayor inspiración para seguir adelante y no rendirme.

Este trabajo no solo es resultado de mi esfuerzo, sino también de todo lo que ustedes me han enseñado a lo largo de la vida. Cada paso que doy lleva una parte de ustedes. Gracias por darme las herramientas, los valores y la fortaleza para alcanzar esta meta.

Con todo mi cariño y gratitud, este logro también es suyo.

A mi hermana, Arely, por estar y haber estado siempre, por su presencia constante y su apoyo silencioso, por todo lo que ha hecho por mí y por nuestra familia. Por haber sido ese sostén firme en los momentos más necesarios y por acompañarme de una manera tan profunda que, incluso en el silencio, siempre supe que estabas ahí.

Gracias por tu paciencia, por tu comprensión y por cada gesto, que marcó la diferencia en este camino. Tu fortaleza y tu manera de enfrentar la vida han sido un ejemplo para mí, y me han dado ánimo para seguir adelante incluso en los momentos más difíciles. Este logro también lleva tu huella.

A mis hermanos, Ana y Martín, por acompañarme. Por su cariño, su apoyo y por los momentos compartidos que hicieron más ligero este proceso.

A mis sobrinos, Carlos y Camila, por enseñarme, desde su inocencia, el verdadero valor y significado de la vida. Gracias por llenar mis días de alegría, por recordarme la importancia de lo simple y por inspirarme a seguir creciendo con una mirada más noble y sincera.

Su amor y su luz han sido un motor silencioso en este camino, y ocupan un lugar muy especial en cada uno de mis logros.

A mi mejor amiga, Nat (Q. E. P. D.), por tu amor, tu compañía y por cada momento compartido que dejó una huella imborrable en mi corazón. Gracias por haberme impulsado, por creer en mí y por enseñarme tanto, incluso sin darte cuenta.

Aunque ya no estés físicamente, sigues presente en cada paso que doy, en cada logro y en cada recuerdo que guardo con tanto cariño. Tu ausencia duele, pero tu esencia vive en mí, dándome fuerza y recordándome todo lo que fuimos. Siempre serás parte de mi historia.

A los mejores amigos que la universidad me pudo regalar, mi felicidad compartida: Michel, Ximena, Axena y Omar, gracias por haber sido parte de este camino, por cada momento que vivimos juntos, por las risas que hicieron más ligeros los días difíciles y por el apoyo que, sin darse cuenta, muchas veces fue lo que me sostuvo para seguir. Se convirtieron en un hogar dentro de este proceso, en compañía sincera y en recuerdos que llevaré siempre conmigo.

A Abril y Javier, por su confianza y su generosidad al abrirme las puertas de sus historias; por permitirme aprender de sus experiencias y contribuir a visibilizar el VPH. Gracias por su valentía al compartir sus vivencias, por su disposición y por la honestidad con la que hicieron posible este trabajo.

Y de manera especial, al Dr. Santos Noé Herrera Mijangos, por su apoyo, su paciencia y por acompañarme en todo este proceso.

INDICE

Resumen	9
Abstract.....	10
Introducción	11
Justificación	18
Marco teórico.....	20
CAPITULO 1. El estigma y la identidad social deteriorada en las.....	20
infecciones de transmisión sexual desde la perspectiva de Erving Goffman.....	20
1.1 El estigma desde la perspectiva de Erving Goffman	21
1.2 Identidad social, desacreditado y desacreditable	21
1.3 Estigma en infecciones de transmisión sexual	22
1.2 A modo de cierre	24
CAPITULO 2. Virus del Papiloma Humano (VPH).....	25
2.1 Virus del Papiloma Humano (VPH)	25
2.2 Tipos de Virus del Papiloma Humano	26
2.3 Formas de transmisión del VPH.....	28
2.4 Factores asociados al VPH.....	28
2.5 Diagnóstico del VPH.....	29
2.6 Tratamiento y control del VPH	30
2.7 Prevención del VPH.....	31
2.8 Importancia de la información sobre el VPH	32
2.9 A modo de cierre	34
CAPITULO 3. “Dimensión social, emocional y simbólica del VPH”	36
3.1 Educación sexual y construcción social del VPH	36
3.2 Impacto emocional del diagnóstico de VPH	37
3.2.1 Miedo e incertidumbre ante el diagnóstico y el futuro de la salud	38
3.2.2 Culpa y autorresponsabilización	39
3.2.3 Vergüenza y estigma internalizado.....	40
3.2.4 Percepción y autoestima	41
3.3 El perdón como proceso de resignificación frente al estigma	42
3.4 Efectos del VPH en las relaciones interpersonales	43
3.5 Relación médico-paciente y atención en salud sexual	44
3.6 Minimización social del VPH y ambivalencia discursiva	45
3.7 A modo de cierre	47
CAPITULO 4. Enfoque metodológico.....	49

4.1 Objetivo general.....	49
4.2 Pregunta general	49
4.3 Objetivos específicos	49
4.3.1 Preguntas específicas	49
4.4 Enfoque metodológico	50
4.5 Técnicas de recolección de datos	51
4.6 Instrumentos.....	52
4.7 Formas de registro.....	53
4.8 Sistematización y análisis de datos.....	53
4.9 Participantes.....	53
4.10 Aspectos éticos de la investigación.....	55
4.11 Procedimiento.....	56
CAPITULO 5. Resultados	57
5.1 ¿Quién es Araceli?.....	57
5.2 Educación sexual desde el silencio.....	57
5.3 Amistad, primer amor y las huellas que deja la preparatoria	63
5.4 Cuando todo se rompe: pérdidas, deudas y noches que cambian la vida	68
5.5 Entre el dolor y la incertidumbre: médicos, estudios y el peso del miedo	73
5.6 La calma después de la tormenta: sanar, agradecer y volver a confiar en mí	80
6. ¿Quién es Abril?	85
6.1 Aprendiendo desde el silencio para no incitar	85
6.3 Impacto emocional de la enfermedad en la experiencia ajena	92
6.4 La construcción del riesgo en la experiencia propia.....	95
6.5 Reconponiendo lo propio	105
7. ¿Quién es Javier?	114
7.1 Advertir sin explicar.....	114
7.2 Cuando el riesgo parecía ajeno	118
7.3 El día que dejó de ser una excepción	119
7.4 Atravesando el diagnóstico	124
CAPITULO 6. Análisis.....	134
6.1 Cierre analítico del caso: Araceli.....	134
6.2 Cierre analítico del caso: Abril	136
6.3 Cierre analítico del caso: Javier	138
6.4 Perspectivas integradas: análisis transversal de casos de VPH	141
Conclusiones	145
Cierre Integrador.....	149

Referencias.....	150
ANEXOS.....	154

Resumen

La presente investigación tuvo como objetivo analizar las experiencias de personas diagnosticadas con Virus del Papiloma Humano (VPH), con énfasis en el impacto emocional, social y relacional del diagnóstico, así como en los procesos de aprendizaje y transformación personal derivados de dicha experiencia. El estudio se desarrolló desde un enfoque cualitativo, privilegiando la comprensión de los significados que los participantes atribuyen a su vivencia, a través de entrevistas en profundidad y registro reflexivo, retomando la perspectiva del estigma propuesta por Erving Goffman.

Los hallazgos evidencian que el VPH no puede comprenderse únicamente desde una perspectiva biomédica, ya que su vivencia se encuentra atravesada por construcciones sociales marcadas por el estigma, el silencio y la desinformación. Se identificó que la educación sexual recibida en el ámbito familiar fue insuficiente o centrada casi exclusivamente en la prevención del embarazo, dejando en segundo plano la discusión sobre infecciones de transmisión sexual. Esta omisión contribuye a que el diagnóstico sea vivido inicialmente con miedo, culpa o confusión.

Asimismo, se observó que la forma en que los profesionales de la salud comunican la información influye significativamente en la experiencia emocional del diagnóstico. Aunque el VPH suele presentarse como una infección común, la normalización médica puede invisibilizar el impacto subjetivo que genera en quien lo recibe.

En el plano relacional, el diagnóstico incide en la comunicación con la pareja y en la percepción de responsabilidad compartida. Sin embargo, más allá del impacto inicial, la experiencia también favorece procesos de resignificación, fortalecimiento del autocuidado y mayor conciencia corporal. En algunos casos, el VPH fue interpretado como una oportunidad de transformación personal y reorganización de prioridades.

Se concluye que humanizar el VPH, generar conciencia sobre el estigma y promover una educación sexual más integral y empática constituyen desafíos fundamentales para transformar la manera en que esta infección es comprendida socialmente. La investigación aporta una mirada que integra la dimensión emocional, social y cultural del diagnóstico, contribuyendo a una comprensión más amplia y humanizada del fenómeno.

Palabras clave: Virus del Papiloma Humano; Estigma; Identidad; Interacción social; Resignificación.

Abstract

The present study aimed to analyze the experiences of individuals diagnosed with Human Papillomavirus (HPV), with an emphasis on the emotional, social, and relational impact of the diagnosis, as well as on the processes of learning and personal transformation derived from this experience. The study was conducted using a qualitative approach, prioritizing the understanding of the meanings that participants attribute to their experiences through in-depth interviews and reflective records, drawing on the stigma perspective proposed by Erving Goffman.

The findings show that HPV cannot be understood solely from a biomedical perspective, as the experience is shaped by social constructions marked by stigma, silence, and misinformation. It was found that sexual education within the family context was insufficient or focused almost exclusively on pregnancy prevention, leaving discussions about sexually transmitted infections in the background. This omission contributes to the diagnosis being initially experienced with fear, guilt, or confusion.

Furthermore, it was observed that the way healthcare professionals communicate information significantly influences the emotional experience of the diagnosis. Although HPV is often presented as a common infection, medical normalization may obscure the subjective impact it has on those who receive the diagnosis.

At the relational level, the diagnosis affects communication with partners and the perception of shared responsibility. However, beyond the initial impact, the experience also fosters processes of re-signification, strengthening of self-care, and greater body awareness. In some cases, HPV was interpreted as an opportunity for personal transformation and the reorganization of priorities.

It is concluded that humanizing HPV, raising awareness about stigma, and promoting more comprehensive and empathetic sexual education are essential challenges in transforming how this infection is socially understood. This research offers an approach that integrates the emotional, social, and cultural dimensions of the diagnosis, contributing to a broader and more humanized understanding of the phenomenon.

Keywords: *Human Papillomavirus; Stigma; Identity; Social Interaction; Resignification.*

Introducción

El Virus del Papiloma Humano (VPH) es una infección que se transmite principalmente por contacto sexual y puede afectar tanto a hombres como a mujeres (Palacios Rodríguez, Torres López & Galarza Tejada, 2020). De acuerdo con la OMS (2024), este término es la denominación que recibe un grupo aproximadamente de 200 virus conocidos. Actualmente representa un problema de salud a nivel mundial debido a ser una de las causas de morbilidad y mortalidad que afecta de manera significativa a nivel biológico, psicológico, social y económico a millones de personas (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2015, como se citó en Palacios Rodríguez, Torres López & Galarza Tejada, 2020). Según la OMS, en el año 2019 el VPH fue responsable de aproximadamente 620 000 casos de cáncer en mujeres y de 70000 casos en hombres. La región del África Subsahariana presenta la tasa más alta de infecciones por VPH en el cuello uterino de las mujeres (24%), seguida por América Latina y el Caribe (16%), Europa Oriental (14%) y Asia Sudoriental (14%). En el caso de los hombres, la prevalencia es mucho más heterogénea, ya que depende de los patrones de conducta sexual.

En México es la segunda causa de muerte con 13,960 casos al año en mujeres mayores de 25 años. Colima, Veracruz, Chiapas, Yucatán, Nayarit, Morelos y Oaxaca son las entidades federativas con mayor mortalidad por cáncer de cuello uterino. En Hidalgo es la tercera causa de muerte, desde el 2015 al 2018 se a mantuvo una tu incidencia de 2.1 por cada 100,000 mujeres que rondan entre los 25 años y más (Prado-Pelaez, Hernandez-Pacheco, Ruvalcaba-Ledezma & Ceruelos-Hernandez, 2021).

Por su parte Núñez-Troconis (2022) indica que los estudios epidemiológicos realizados en la última década han confirmado que el Virus del Papiloma Humano (VPH) es la infección de transmisión sexual más común y extendida a nivel mundial.

Chesson et al. (2014) estimaron que tanto mujeres como hombres tienen aproximadamente un 49.1% de probabilidad de adquirir el virus del papiloma humano (VPH) desde el inicio de su vida sexual hasta los 44 años cuando mantienen una sola pareja sexual. Esta probabilidad aumenta progresivamente conforme se incrementa el número de parejas, alcanzando cerca del 99.9% en individuos con 15 o más parejas sexuales a lo largo de la vida. En promedio, la probabilidad estimada es de 80.9% en mujeres y 89.1% en hombres.

Actualmente, el VPH continúa siendo la infección de transmisión sexual más frecuente a nivel mundial. Estudios recientes señalan que aproximadamente uno de cada tres hombres presenta infección por al menos un tipo de VPH en un momento determinado, lo que evidencia su elevada transmisibilidad (Bruni et al., 2023). Asimismo, se estima que alrededor del 70% de

las mujeres sexualmente activas adquirirán la infección a lo largo de su vida, lo que confirma que la exposición al virus es ampliamente generalizada en la población (Wang et al., 2024).

La forma de la infección varía dependiendo de acuerdo al tipo de VPH, los cuales se han clasificado en bajo y alto riesgo. Entre los de bajo riesgo encontramos tipos como el 6, 11, 40, 42, 43, 44, 54, 61, 70, 72, y 81 los cuales son los causantes de la aparición de verrugas o condilomas en los genitales, el ano, la boca o la garganta y de infecciones asintomáticas. Entre los de alto riesgo encontramos a los tipos 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 68, 73 y 82. Los tipos de VPH que se consideran de probable alto riesgo y que se relacionan estrechamente con el cáncer del cuello uterino, vagina y vulva son el 26, 53 y 66 (Núñez-Troconis, 2022).

En este contexto, es fundamental profundizar en el estudio del Virus del Papiloma Humano no solo para comprender su alcance biomédico, sino también para analizar sus implicaciones sociales y dimensionar áreas críticas que requieren intervención. En este sentido, la presente investigación se fundamenta en la perspectiva teórica de la identidad deteriorada de Erving Goffman, donde define el estigma como un atributo profundamente desacreditador que transforma la identidad social de una persona, reduciéndola de un individuo completo a alguien marcado por una característica negativa (Goffman, 2006). Desde este enfoque, el diagnóstico de VPH no solo implica una condición médica, sino también la posibilidad de ser socialmente etiquetado, lo que influye en la manera en que la persona se percibe a sí misma y en cómo anticipa ser percibida por los demás. Así, el VPH puede constituirse como un estigma “desacreditable”, en tanto no siempre es visible, pero sí potencialmente revelable, generando una tensión constante respecto a la decisión de ocultar o comunicar la condición.

Esta investigación busca abordar cuatro problemáticas relacionadas con el VPH, las cuales son:

1. La presencia de prejuicios y estigmas sociales que distorsionan la percepción pública de la infección.
2. El impacto emocional que conlleva un diagnóstico de VPH, así como los cambios significativos que este puede provocar en las relaciones personales, decisiones de vida, proyectos y aspiraciones individuales.
3. La dificultad que enfrentan muchas personas diagnosticadas al momento de comunicar su condición a su pareja o pareja sexual, debido a factores emocionales, sociales y relacionales que influyen en la decisión de revelar o mantener en reserva dicha información.

4. La dificultad para resignificar el diagnóstico de VPH, identificando aprendizajes o transformaciones personales en un contexto marcado por el estigma social y el impacto emocional.

Estas problemáticas no solo reflejan una dimensión médica del virus, sino también una profunda dimensión humana y social que merece atención e indagación.

Hablar sobre la salud sexual en la actualidad continúa siendo un desafío complejo. Si bien este tema ha adquirido mayor visibilidad y se han desarrollado estrategias para fomentar la atención oportuna en materia de salud, aún persisten prejuicios y estigmas que dificultan su abordaje integral.

Justamente, esta situación da origen a la primera problemática:

1.La presencia de prejuicios y estigmas sociales que distorsionan la percepción pública de la infección; el conocimiento que se tiene sobre la infección por VPH tanto en hombres como mujeres puede ser creado y moldeado de acuerdo a la influencia sobre hechos, acontecimientos, experiencias e información con la que cuentan (Brito, Flores, Delgado & Mendoza, 2022). Estos estigmas suelen estar relacionados con creencias culturales y juicios morales que vinculan al VPH o alguna otra infección de transmisión sexual (ITS) como conductas inadecuadas que generan sentimientos de miedo, culpa, vergüenza y negación. En este sentido, como plantea Erving Goffman, el estigma actúa como un atributo desacreditador que transforma la identidad social del individuo.

El estado emocional en personas que son diagnosticadas con VPH en un primer momento se ve caracterizado por conductas y sentimientos que perjudican su autoestima y autoimagen; percibiendo su auto persona como “sucio” y a ser propenso al rechazo (Palacios Rodríguez, Torres López & Galarza Tejada, 2020).

Lo anterior demuestra que la manera en que una persona enfrenta un diagnóstico de VPH está profundamente influenciada por la percepción, creencias e ideas preconcebidas que tenga sobre esta infección. Este tipo de visiones moralizantes puede llevar a que las personas eviten hablar sobre el tema y asistir a controles médicos por temor al juicio social. Tanto hombres como mujeres enfrentan desafíos complejos para sobrellevar la infección, por un lado, los hombres, presentan el desafío de invisibilización. Durante años, las campañas de prevención y detección

sobre el VPH y algunas otras infecciones de transmisión sexual (ITS) se han centrado en mujeres, lo que genera un desconocimiento generalizado sobre cómo les afecta el virus, cómo pueden transmitirlo o cómo pueden prevenirlo. En México hoy en día los mandatos de masculinidad desalientan a los hombres a expresar inquietudes y preocupaciones sobre su salud sexual, por miedo a mostrarse vulnerables. Las mujeres por otra parte enfrentan una carga histórica que ha vinculado su salud sexual con el juicio moral. Esta situación puede provocar miedos a ser juzgadas y rechazadas, lo que dificulta de igual manera que compartan su diagnóstico.

Esta realidad da paso a una segunda problemática:

2.El impacto emocional que conlleva un diagnóstico de VPH, así como los cambios significativos que este puede provocar en las relaciones personales, decisiones de vida, proyectos y aspiraciones individuales. Es un acontecimiento que interrumpe la vida de mujeres y hombres, generando un estado de ambigüedad e incertidumbre (Szwarc, Sánchez Antelo, Paolino, & Arrossi, 2021).

Un diagnóstico de VPH puede llevar a replantear proyectos personales, como tener hijos o comenzar una relación nueva. También puede presentarse modificaciones en la percepción del cuerpo y en la identidad lo que afecta la forma en la que las personas se relacionan consigo mismas. Desde una lectura goffmaniana, estas transformaciones pueden entenderse como una reconfiguración de la identidad ante una condición potencialmente estigmatizante, donde el individuo ajusta su autopercepción en función de significados sociales compartidos. El tratamiento, las revisiones frecuentes y este tipo de procedimientos médicos puede aumentar la sensación de vulnerabilidad, especialmente si no se recibe acompañamiento adecuado.

El tratamiento causa frustración, miedo, tristeza, preocupación y dolor por la posibilidad de no ser curados y que en algunos casos las verrugas no desaparezcan o vuelvan aparecer con el tiempo. El no tener control sobre la enfermedad, hace sentir a mujeres y hombres indefensos (Carvalho et al., 2007; Hammarlund, Nyström y Jomeen, 2012; Mortensen y Larsen, 2010a, como se citó en Palacios Rodríguez, Torres López y Galarza Tejada, 2020). Szwarc, Sánchez Antelo, Paolino y Arrossi (2021) señalan que un estudio llevado en Suecia mostró que al saberse diagnosticadas con VPH consideran “tener algo” pero al ser asintomáticas manifiestan “no tener nada”, lo que les da un sentimiento de no estar ni enfermas ni sanas.

Cuando las personas diagnosticadas con VPH no disponen de estrategias adecuadas

para afrontar la situación, esto puede impactar directamente en su comportamiento sexual. En muchos casos, optan por evitar las relaciones sexuales debido al temor de contagiar a otras personas. De hecho, uno de los participantes del estudio expresó haber pensado que, debido a la infección, no podría volver a tener una relación de pareja. Como resultado de estas emociones y pensamientos, algunas personas prefieren ocultar su diagnóstico (Escalante, 2021).

En ciertos casos, el impacto emocional puede derivar en problemas de salud mental, como depresión, ansiedad generalizada, aislamiento social o baja autoestima. El estigma social, desconocimiento y aislamiento emocional generan un entorno en el que el diagnóstico no solo representa una cuestión médica, sino también un golpe psicológico. Brito, Flores, Delgado y Mendoza (2022), menciona que un diagnóstico de VPH cambia notablemente la manera en la que perciben la vida tanto hombres como mujeres, quienes expresan presentar cambios en su calidad de vida y como se mencionó anteriormente se producen sentimientos de confusión, vergüenza y miedo por comunicarlo con su pareja.

Esta situación se vincula directamente con otra problemática relevante:

3. La dificultad que enfrentan muchas personas diagnosticadas para comunicar su condición a su pareja o pareja sexual. Notificar el diagnóstico a la pareja genera dilemas y miedos que giran en torno al temor de ser juzgados o de que la relación se vea afectada por lo que muchas parejas deciden ocultar su diagnóstico, lo que posterga conversaciones importantes o en su defecto pueden llegar a decidir a terminar la relación y nunca más comenzar otras por el miedo a propagar la infección.

Desde la perspectiva de Erving Goffman, esta situación puede entenderse como parte del manejo de una identidad potencialmente desacreditable, en la que el individuo regula la información sobre sí mismo para evitar el rechazo o la estigmatización en la interacción con otros. En este sentido, el silencio, el ocultamiento o la evitación de vínculos se convierten en estrategias para protegerse del juicio social.

Sin embargo, estas decisiones pueden generar aislamiento emocional y un silencio motivado por el miedo y la vergüenza que, tarde o temprano, terminan afectando tanto a la relación como al bienestar personal.

Por ello, es fundamental comprender que comunicar un diagnóstico de VPH no es únicamente un acto informativo, sino una experiencia emocional profundamente marcada por el

contexto social. Abordar esta problemática implica no solo informar, sino también brindar apoyo psicológico y promover entornos donde las personas se sientan seguras para hablar sin temor a ser rechazadas.

En este contexto, las dinámicas de ocultamiento, miedo al juicio y afectación en las relaciones personales no solo impactan la interacción social, sino que también influyen en la manera en que las personas elaboran y dan sentido a su experiencia, dando paso a la cuarta problemática relevante:

4. La dificultad para resignificar el diagnóstico de VPH e identificar aprendizajes o transformaciones personales en un entorno atravesado por el estigma social y el impacto emocional. Como se ha estado abordando el diagnóstico de VPH no solo implica enfrentar una condición médica, sino también un proceso complejo de elaboración personal en el que las personas intentan dar sentido a su experiencia. Si bien este proceso suele verse limitado por el estigma social, los juicios morales y las emociones negativas asociadas a la infección, como la vergüenza, la culpa y el miedo. Este proceso puede propiciar espacios de introspección, así como una mayor toma de conciencia y reflexión crítica sobre los prejuicios y creencias que se han construido a lo largo de la vida, particularmente en relación con las infecciones de transmisión sexual. De este modo, la experiencia del diagnóstico no solo confronta a la persona con su condición de salud, sino que también abre la posibilidad de cuestionar estigmas previamente internalizados y resignificar su manera de comprender la sexualidad y la enfermedad. En este sentido, Palacios Rodríguez, Torres López y Galarza Tejada (2020) afirman que aunque la mayoría de los estudios sobre el VPH se han centrado en sus implicaciones negativas, algunas investigaciones han señalado la existencia de beneficios o aspectos positivos derivados del diagnóstico. Esto resalta la importancia de analizar la experiencia desde la perspectiva de quienes viven con el virus, con el fin de comprender qué factores influyen en que algunas personas desarrollen respuestas más saludables e incluso resilientes, mientras que otras enfrentan mayores dificultades para resignificar su experiencia.

Frente a este panorama, se vuelve fundamental comprender cómo viven las personas diagnosticadas con VPH su experiencia, más allá del aspecto clínico, prestando especial atención al impacto emocional, social y relacional que conlleva la infección. En particular, resulta necesario analizar cómo influyen los prejuicios sociales y los mandatos culturales en la forma en que se percibe la enfermedad, cómo estas percepciones afectan los proyectos de vida, y de qué manera condicionan la decisión de compartir —o no— el diagnóstico con una pareja o pareja

sexual.

Por ello, el presente estudio tiene como objetivo analizar las experiencias de las personas diagnosticadas con VPH respecto al impacto emocional, social y relacional, considerando la influencia del estigma y los prejuicios en su percepción social, en sus proyectos de vida, en la forma en que comunican su condición y en los procesos de aprendizaje y transformación personal que emergen a partir del diagnóstico.

En este sentido, la pregunta de investigación que guía este trabajo es: ¿Cómo influyen el estigma y los prejuicios en las experiencias emocionales, sociales y relacionales de las personas diagnosticadas con infección por VPH, particularmente en su percepción social, sus proyectos de vida, la comunicación de su condición y los procesos de aprendizaje y transformación personal?

Justificación

La elección del tema de investigación surge a partir de un proceso tanto académico como personal. Inicialmente, el proyecto de tesis se encontraba orientado al estudio de la crianza paterna en zonas rurales. No obstante, durante el desarrollo del trabajo de campo se presentaron diversas dificultades metodológicas, particularmente relacionadas con la disponibilidad y participación de los padres entrevistados, quienes dejaron de responder o declinaron continuar con el proceso argumentando situaciones personales. Esta situación provocó un estancamiento en la investigación, aun cuando se intentó ampliar la muestra y buscar nuevos participantes.

En ese contexto, tiempo después, una experiencia personal vinculada a la posibilidad de un diagnóstico de Virus del Papiloma Humano (VPH) generó un punto de inflexión tanto a nivel emocional como académico. La noticia produjo un impacto significativo que motivó la búsqueda de información para comprender mejor la situación. Sin embargo, durante esta exploración se identificó que la mayoría de los estudios disponibles se encuentran orientados predominantemente hacia un enfoque biomédico, centrado en características clínicas, prevalencia, tipologías del virus y su asociación con el cáncer, dejando en segundo plano las dimensiones emocionales, sociales y relacionales de la experiencia.

Posteriormente, al compartir la vivencia con una persona cercana, se reconoció que, aun cuando las experiencias individuales eran distintas, emociones como el miedo y la culpa aparecían como elementos comunes. Este hallazgo permitió problematizar la manera en que el VPH es vivido más allá de su dimensión clínica y evidenció la necesidad de abordar el fenómeno desde una perspectiva que incorpore el impacto subjetivo y el peso del estigma social. En este sentido, se identifica un vacío en la literatura respecto a la comprensión de los procesos de resignificación del diagnóstico, así como de las transformaciones personales que pueden derivarse de esta experiencia en contextos marcados por el juicio social.

A partir de ello, se consideró pertinente reorientar el tema de investigación hacia el análisis de las experiencias de personas diagnosticadas con VPH, con la finalidad de contribuir a la producción de conocimiento que trascienda el enfoque exclusivamente biomédico y otorgue visibilidad a las implicaciones emocionales y sociales del diagnóstico. Asimismo, la investigación se fundamenta en la perspectiva teórica de Erving Goffman, lo que permite analizar el VPH no solo como una condición médica, sino como una experiencia atravesada por procesos de estigmatización que impactan en la identidad, las relaciones interpersonales y la forma en que las personas gestionan la información sobre sí mismas.

En este sentido, el estudio busca aportar una mirada integral centrada en la experiencia de los sujetos, explorando cómo el estigma social, los factores emocionales y las dinámicas

relacionales influyen en la percepción del diagnóstico, en los proyectos de vida, en la comunicación con la pareja y en los procesos de resignificación y transformación personal. De igual manera, los hallazgos de esta investigación pueden resultar relevantes para profesionales de la salud, psicólogos y diseñadores de programas de educación sexual, al ofrecer elementos que favorezcan intervenciones más empáticas, contextualizadas y centradas en las necesidades reales de las personas diagnosticadas.

De esta manera, la presente investigación se justifica por su pertinencia social y académica, al contribuir a ampliar la comprensión del VPH desde una perspectiva integral que articula dimensiones biomédicas, emocionales y socioculturales. Asimismo, busca fomentar una reflexión crítica sobre el estigma asociado a las infecciones de transmisión sexual y aportar al desarrollo de enfoques de atención más humanizados, orientados no solo al tratamiento médico, sino también al bienestar emocional y social de quienes viven con el virus.

Marco teórico.

CAPITULO 1. El estigma y la identidad social deteriorada en las infecciones de transmisión sexual desde la perspectiva de Erving Goffman

“Yo soy yo y mi circunstancia.”

— José Ortega y Gasset

“Yo soy yo y mi circunstancia” (Ortega y Gasset, 1914), es una frase que invita a reconocer que la identidad no es una construcción aislada, sino el resultado de una constante interacción con el entorno social. En este sentido, aquello que rodea al individuo —las miradas, los juicios y las categorías sociales— no solo lo describe, sino que también lo define. Así, cuando una persona es marcada por un estigma, esa circunstancia deja de ser externa y comienza a influir en la manera en que se percibe a sí misma y es reconocida por los demás, dando lugar a una identidad que puede verse limitada, reducida o incluso deteriorada dentro de la vida social.

1.1 El estigma desde la perspectiva de Erving Goffman

En el análisis del estigma, Erving Goffman plantea que la sociedad establece categorías para clasificar a las personas y, al mismo tiempo, genera expectativas sobre las características y comportamientos que deberían tener quienes pertenecen a dichas categorías. A partir de estas expectativas, los individuos anticipan ciertos atributos en los demás, lo que influye en la forma en que se perciben y se relacionan dentro de la vida social. En este sentido, Goffman (2006) señala que el estigma puede entenderse como una característica o atributo que provoca que una persona sea percibida de manera negativa por los demás, generando un amplio descrédito social. Debido a ello, dicho atributo suele interpretarse como un defecto, una falla o una desventaja dentro del contexto social. En este contexto, el autor distingue entre identidad social virtual e identidad social real:

A las demandas que formulamos se las podría denominar con mayor propiedad demandas enunciadas «en esencia», y el carácter que atribuimos al individuo debería considerarse como una imputación hecha con una mirada retrospectiva en potencia —una caracterización «en esencia», una identidad social virtual. La categoría y los atributos que, de hecho, según puede demostrarse, le pertenecen, se denominarán su identidad social real (Goffman, 2006, p. 12).

A partir de esta distinción, el estigma puede entenderse como un atributo profundamente desacreditador que provoca que la persona sea percibida como diferente o inferior dentro de su grupo social.

1.2 Identidad social, desacreditado y desacreditable

Erving Goffman distingue dos situaciones que pueden experimentar las personas estigmatizadas: la condición de desacreditado y la de desacreditable. Goffman (2006) señala que el individuo desacreditable es aquel cuyo estigma no es inmediatamente visible o conocido por los demás. En esta situación, el principal desafío no consiste en enfrentar directamente la reacción social ante el estigma, sino en manejar la información relacionada con esa característica. La persona puede decidir revelar u ocultar dicha información, lo que implica evaluar cuándo, cómo y ante quién compartirla o mantenerla en secreto.

Por otro lado, el individuo desacreditado es aquel cuyo estigma es visible o conocido por los demás desde el inicio de la interacción social. En estos casos, la diferencia que posee el

individuo resulta evidente y puede generar tensión, incomodidad o actitudes de rechazo durante el contacto social, tanto para la persona estigmatizada como para quienes interactúan con ella.

En relación con esto, el autor señala que la identidad social se refiere a los atributos, signos o características que los demás perciben en una persona y que permiten ubicarla dentro de una categoría social determinada. Estos atributos pueden ser de prestigio o de estigma y forman parte de la manera en que la sociedad clasifica a los individuos durante la interacción social.

En este sentido, las categorías de identidad social, desacreditado y desacreditable permiten comprender cómo el estigma influye en las interacciones sociales y en la manera en que los individuos gestionan la información sobre sí mismos frente a los demás (Goffman, 2006).

1.3 Estigma en infecciones de transmisión sexual

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) constituyen un problema relevante de salud pública, no solo por sus efectos en la salud física, sino también por las repercusiones sociales y psicológicas que pueden experimentar las personas diagnosticadas. Entre las infecciones más significativas se encuentran el Virus del Papiloma Humano (VPH) y el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), los cuales a lo largo del tiempo han estado vinculados con procesos de estigmatización, discriminación y diversos prejuicios sociales relacionados con la sexualidad (Lee & Cody, 2020).

De acuerdo con Lee y Cody (2020), el estigma asociado a las enfermedades de transmisión sexual se origina en gran medida a partir de creencias sociales, normas culturales y valoraciones morales que relacionan estas infecciones con conductas sexuales consideradas inapropiadas. Como consecuencia, estas percepciones suelen generar actitudes negativas, prejuicios y formas de rechazo hacia las personas que viven con este tipo de enfermedades. En relación con ello, Erving Goffman (2006) señala que el estigma debe analizarse considerando no solo la visibilidad del atributo que lo produce, sino también el grado en que este es conocido por los demás, la intensidad con la que influye en la percepción social y la forma en que es interpretado por quienes lo observan. Estos factores influyen en la manera en que la sociedad percibe y responde ante determinadas características o condiciones de las personas.

En este sentido, el autor también plantea que el estigma puede generar lo que denomina una “identidad social deteriorada”, situación en la cual una persona es percibida principalmente a partir de un atributo considerado negativo. De esta manera, la imagen social del individuo se ve afectada, ya que deja de ser visto como una persona completa y pasa a ser identificado

principalmente por la característica estigmatizada. Este planteamiento permite comprender cómo determinadas condiciones, como las infecciones de transmisión sexual, pueden influir en la forma en que las personas son percibidas y tratadas dentro de su entorno social.

Desde esta perspectiva, la noción de identidad social deteriorada permite comprender cómo ciertas condiciones de salud pueden convertirse en atributos estigmatizantes dentro de la interacción social. En el caso de las infecciones de transmisión sexual, el diagnóstico puede llegar a transformar la forma en que la persona es percibida por los demás, afectando su identidad social y sus relaciones interpersonales. En el caso del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), el estigma ha sido uno de los problemas sociales más persistentes desde el surgimiento de la epidemia. A lo largo del tiempo, esta infección ha sido asociada con determinados grupos sociales o con ciertas prácticas sexuales, lo que ha contribuido a la aparición de prejuicios, discriminación y exclusión hacia las personas que viven con el virus. Estas percepciones sociales influyen significativamente en la forma en que las personas diagnosticadas enfrentan la enfermedad y en su interacción con la sociedad.

De manera similar, el Virus del Papiloma Humano (VPH), considerado una de las infecciones de transmisión sexual más frecuentes a nivel mundial, también

se encuentra rodeado de estigmas sociales. A pesar de que una gran parte de la población puede contraer el virus en algún momento de su vida, su diagnóstico suele generar reacciones emocionales negativas debido a la relación que socialmente se establece entre esta infección y la actividad sexual (Lee & Cody, 2020).

En este sentido, Gutiérrez-Zambrano et al. (2018) señalan que diversas investigaciones sobre el VPH y el cáncer cervicouterino han evidenciado que el estigma asociado a esta infección puede influir en la forma en que las mujeres interpretan su diagnóstico y afrontan la enfermedad. La falta de información y las creencias erróneas acerca de su transmisión pueden generar juicios morales que intensifican sentimientos de culpa y vergüenza en las pacientes, lo que dificulta la comunicación con sus parejas y la búsqueda de apoyo social. Asimismo, estos autores destacan que las enfermedades de transmisión sexual continúan generando estigmas sociales debido a la desinformación que las rodea, siendo el VPH una de las infecciones más frecuentes diagnosticadas en las consultas ginecológicas.

1.2 A modo de cierre

En este primer capítulo se abordaron diversos elementos teóricos fundamentales para comprender el estigma y la identidad social deteriorada en el contexto de las infecciones de transmisión sexual, a partir de los planteamientos de Erving Goffman. En primer lugar, se analizó el concepto de estigma desde su perspectiva, destacando cómo la sociedad construye categorías sociales y genera expectativas sobre los individuos que forman parte de ellas, lo que influye en la manera en que son percibidos y valorados dentro de la interacción social. Asimismo, se retomó la distinción entre identidad social virtual e identidad social real, lo que permitió comprender la discrepancia que puede existir entre lo que se espera de una persona y lo que realmente es.

Posteriormente, se abordaron las nociones de desacreditado y desacreditable, las cuales permiten explicar las distintas formas en que el estigma se manifiesta dependiendo de su visibilidad y del manejo de la información por parte del individuo. Estos conceptos resultan clave para entender cómo las personas gestionan su identidad frente a los demás, así como las tensiones que pueden surgir en la interacción social cuando existe un atributo estigmatizante.

De igual manera, se analizó el estigma en el contexto de las infecciones de transmisión sexual, destacando que estas no solo representan un problema de salud física, sino también una problemática social y psicológica. En este sentido, se evidenció cómo enfermedades como el Virus del Papiloma Humano (VPH) y el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) han sido históricamente asociadas con prejuicios, juicios morales y procesos de discriminación, lo que contribuye a la construcción de una identidad social deteriorada en las personas diagnosticadas.

Asimismo, se expuso cómo el estigma puede influir en la forma en que las personas interpretan su diagnóstico, experimentan emociones como culpa, vergüenza o miedo, y enfrentan dificultades para comunicar su condición o buscar apoyo social. Esto permite comprender que el impacto de estas infecciones trasciende el ámbito biomédico, situándose también en el plano social, emocional y relacional.

En conjunto, los elementos desarrollados en este capítulo permiten entender el estigma como un fenómeno complejo que afecta la identidad y las interacciones sociales de las personas con infecciones de transmisión sexual. Este análisis sienta las bases para profundizar, en el siguiente capítulo, en los procesos subjetivos asociados a la vivencia del diagnóstico, particularmente en relación con el perdón, el autoperdón y las estrategias de resignificación, los cuales resultan fundamentales para la reconstrucción de la identidad frente al estigma.

CAPITULO 2. Virus del Papiloma Humano (VPH)

“El mayor enemigo del conocimiento no es la ignorancia, sino la ilusión del conocimiento.”

— *Stephen Hawking*

Esta frase invita a reconocer que, frente al Virus del Papiloma Humano, el problema no radica únicamente en no saber, sino en creer que se sabe lo suficiente. En este contexto, las ideas erróneas, los mitos y la información incompleta pueden influir en la manera en que las personas comprenden la infección, enfrentan su diagnóstico y construyen significados en torno a ella. De este modo, la información no solo cumple una función preventiva y clínica, sino también social y emocional, al contribuir a desmontar creencias que perpetúan el miedo, la desinformación y el estigma.

2.1 Virus del Papiloma Humano (VPH)

El Virus del Papiloma Humano (VPH) es una infección que se transmite principalmente por contacto sexual y puede afectar tanto a hombres como a mujeres (Palacios Rodríguez, Torres López y Galarza Tejada, 2020). De acuerdo con la OMS (2024), es la denominación que recibe un grupo de 200 virus conocidos. Este grupo es el responsable de la mayoría de los casos de cáncer cervicouterino y está asociado también con el desarrollo de cánceres en la vagina, la vulva, el pene, el ano y la región orofaríngea (Rengifo-Rodríguez et al., 2020).

El VPH es un virus de ADN de doble cadena, no envuelto, que presenta una estructura icosaédrica y constituye la infección de transmisión sexual más frecuente a nivel mundial. Fue descrito por primera vez en 1949 mediante microscopía electrónica, y desde entonces se han identificado más de 170 genotipos, los cuales se clasifican en tipos de bajo y alto riesgo según su potencial oncogénico.

El mecanismo de infección del VPH no se comprende por completo; sin embargo, el modelo más aceptado señala que el virus ingresa al organismo a través de microlesiones en la membrana basal del epitelio, utilizando un proceso de endocitosis. Una vez dentro de la célula, el material genético viral es transportado al núcleo, donde se lleva a cabo la replicación del

genoma y la transcripción viral, procesos que dependen en gran medida de la maquinaria celular del hospedero. El genoma del VPH está conformado por ocho marcos de lectura abiertos, denominados E1, E2, E4, E5, E6 y E7, así como por dos regiones tardías, L1 y L2. La mayor parte de la investigación se ha centrado en los genes E6 y E7 debido a su capacidad para interferir en los mecanismos normales de control del crecimiento y la diferenciación celular, lo que explica su estrecha relación con el desarrollo de lesiones malignas. Por su parte, las regiones L1 y L2 participan en el ensamblaje del virión, al encapsidar el genoma viral y formar la cápside con estructura icosaédrica (Jensen et al., 2024).

Finalmente, el virus es liberado a través del proceso natural de descamación del epitelio, lo que explica su afinidad por infectar células epiteliales y su facilidad de transmisión en el contacto íntimo.

2.2 Tipos de Virus del Papiloma Humano

Se estima que más del 80 % de las personas sexualmente activas estarán expuestas al virus en algún momento de su vida, lo que evidencia su alta prevalencia a nivel mundial (Jensen et al., 2024).

La frecuencia de la infección por el VPH no se presenta de manera uniforme en la población. Su prevalencia varía en función de diversos factores, entre los que destacan el tipo de virus involucrado, dado que existen múltiples genotipos de VPH con comportamientos biológicos distintos. Asimismo, la edad constituye un elemento relevante, ya que la infección es más frecuente en determinados grupos etarios, particularmente en personas jóvenes sexualmente activas. Otro factor determinante es el tipo de tejido al que el virus muestra afinidad. Algunos genotipos infectan principalmente las mucosas, como las de la región genital y orofaríngea, mientras que otros se manifiestan en tejidos cutáneos. Estas diferencias influyen tanto en la forma de presentación clínica como en la distribución de la infección en la población (Núñez-Troconis, 2022).

Tabla 1

Clasificación del VPH según su riesgo oncogénico y manifestaciones clínicas

Clasificación del VPH	Genotipos	Manifestaciones asociadas
VPH de bajo riesgo (BR)	6, 11, 40, 42, 43, 44, 54, 61, 70, 72, 81, CP6108	Asociados principalmente a lesiones verrugosas benignas como el condiloma acuminado, neoplasia intraepitelial de bajo grado e infecciones asintomáticas en piel y mucosas, incluyendo el área ano-rectal.
VPH de alto riesgo (AR)	16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 68, 73, 82	Relacionados con lesiones de alto grado y con el desarrollo de neoplasias malignas, particularmente cáncer de cuello uterino, así como cánceres de vagina, vulva, ano y otras regiones mucosas.
VPH de probable alto riesgo	26, 53, 66	Asociados con el desarrollo de cáncer cervicouterino y otras neoplasias del tracto genital femenino, aunque con evidencia menos concluyente que los genotipos de alto riesgo.

Nota. Elaboración propia con base en Núñez-Troconis (2022) y Rengifo-Rodríguez et al. (2020).

De acuerdo con el tipo de Virus del Papiloma Humano (VPH), las manifestaciones clínicas pueden presentarse de diversas formas. Como se observa en la tabla anterior, los genotipos de bajo riesgo se asocian principalmente con lesiones benignas, como verrugas (condilomas), mientras que los genotipos de alto riesgo se relacionan con lesiones precancerosas y diversos tipos de cáncer en el tracto genital. Desde la perspectiva del estigma, Goffman (2006) señala que cuando la infección se manifiesta mediante lesiones visibles, como verrugas genitales, estas pueden vincularse con lo que el autor denomina abominaciones del cuerpo, es decir, atributos físicos que pueden generar percepciones sociales negativas.

Sin embargo, en muchos casos la infección puede permanecer asintomática, por lo que algunas personas pueden portar el virus sin presentar manifestaciones físicas visibles e incluso sin tener conocimiento de ello.

2.3 Formas de transmisión del VPH

El virus del papiloma humano (VPH) constituye el agente etiológico de la infección viral más prevalente del sistema reproductor, y su principal mecanismo de transmisión es el contacto sexual, incluyendo prácticas vaginales, anales y orales. No obstante, la infección también puede adquirirse mediante la exposición a fluidos corporales, así como por el contacto directo con piel genital infectada o con membranas mucosas (Wang, Sawleshwarkar y Piraveenan, 2025).

Asimismo, se han documentado situaciones excepcionales de autoinoculación o de infección indirecta en personas que no han tenido contacto sexual; sin embargo, estos casos son poco comunes y representan una vía de transmisión marginal (Jensen et al., 2024). Aun así, su existencia sugiere la posible presencia de mecanismos alternativos de transmisión (Roustaye Gourabi et al., 2025).

2.4 Factores asociados al VPH

Diversos factores se asocian con un mayor riesgo de adquirir la infección por VPH; entre ellos se encuentran el inicio temprano de la vida sexual, la multiplicidad de parejas sexuales, el uso prolongado de anticonceptivos orales, el deterioro del sistema inmunológico y el tabaquismo (Wang, Sawleshwarkar y Piraveenan, 2025). Por su parte, Brito, Flores, Delgado y Mendoza (2022) señalan que la propagación del virus del papiloma humano también se ve favorecida por la presencia de conductas sexuales de riesgo, el empleo inexistente o incorrecto del preservativo, una educación sexual deficiente y una nutrición inadecuada.

Estos factores no actúan de manera aislada, sino que tienden a coexistir y potenciarse entre sí. La exposición temprana al virus y la multiplicidad de parejas incrementan la probabilidad de contagio, mientras que el uso incorrecto o inconsistente del preservativo disminuye la efectividad de las medidas de protección. Asimismo, condiciones como el tabaquismo, la mala nutrición o la inmunosupresión afectan negativamente la respuesta inmunológica del organismo, lo que dificulta la eliminación del virus y favorece la persistencia de la infección. En este contexto, el VPH puede mantenerse de forma asintomática durante periodos prolongados, aumentando tanto el riesgo de transmisión como el desarrollo de

complicaciones asociadas

2.5 Diagnóstico del VPH

Tabla 2

Principales pruebas diagnósticas para la detección del VPH

Prueba / Método	Sensibilidad	Especificidad	Ventajas principales	Limitaciones
Citología convencional (Papanicolaou)	32–90%	~94%	Amplia disponibilidad; reduce mortalidad por cáncer cervicouterino.	Falsos negativos; depende de la calidad de muestra e interpretación.
Citología en base líquida	57–90%	Similar a la convencional	Mejor preservación celular; menos muestras insatisfactorias.	No muestra superioridad significativa en NIC 2.
IVAA (ácido acético 5%)	30–87%	86–100%	Económica; resultados inmediatos.	Subjetiva; depende del examinador.
IVL (Lugol 10%)	87%	84%	Buena sensibilidad; complementa IVAA.	Interpretación visual; puede teñir lesiones benignas.
Colposcopia	~83%	~86%	Evalúa y guía manejo de lesiones de alto grado.	Requiere personal capacitado.
Captura híbrida II (HC2)	>96%	~67%	Alta sensibilidad para VPH de alto riesgo.	Baja especificidad; no tipifica genotipos.
Hibridación III	88–97%	91%	Permite genotipificación (VPH 16 y 18).	Mayor costo y complejidad.
PCR	84–100%	64–95%	Muy sensible; detecta múltiples genotipos.	Posibles falsos negativos; variabilidad en especificidad.

Nota. Elaboración propia con base en Samperio Calderón y Salazar Campos (2019).

2.6 Tratamiento y control del VPH

El virus del papiloma humano (VPH) no dispone actualmente de un tratamiento farmacológico dirigido a su eliminación directa del organismo. En consecuencia, el abordaje médico de esta infección se orienta al tratamiento de sus manifestaciones clínicas y de las alteraciones celulares asociadas, como las verrugas anogenitales y las lesiones intraepiteliales vinculadas a determinados genotipos virales. Estas intervenciones tienen como objetivo principal el control de las lesiones, la prevención de su progresión hacia estadios de mayor gravedad y la reducción del riesgo de desarrollar patologías malignas, más que la erradicación del agente viral.

En la mayoría de los casos, la infección por VPH es transitoria y puede resolverse de forma espontánea como resultado de una respuesta inmunológica eficaz. Sin embargo, cuando ciertos genotipos de alto riesgo, particularmente los tipos 16 y 18, logran persistir en el organismo, pueden inducir alteraciones celulares que favorecen la aparición de lesiones intraepiteliales. En ausencia de un diagnóstico y manejo oportunos, dichas lesiones pueden progresar hacia diversos tipos de cáncer anogenital y orofaríngeo (Armijos Valdez y Idrovo Vallejo, 2026).

El tratamiento de las lesiones asociadas al VPH depende del tipo de lesión, su localización anatómica, el grado de afectación celular y las características clínicas de la persona. Dado que no existe un tratamiento antiviral específico contra el VPH, las estrategias terapéuticas se centran en el manejo de las lesiones clínicas y precancerosas, así como en la prevención de su progresión hacia el cáncer cervicouterino (Jensen et al., 2024).

En el caso de las lesiones intraepiteliales cervicales de bajo grado, se ha documentado que una proporción considerable puede resolverse espontáneamente, especialmente en mujeres jóvenes con un sistema inmunológico competente. Por esta razón, el abordaje recomendado suele ser conservador y se basa en la vigilancia clínica, mediante seguimiento periódico con citología cervical y pruebas de detección del VPH, en lugar de un tratamiento inmediato (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2024).

Por el contrario, las lesiones de alto grado requieren un tratamiento activo debido a su mayor riesgo de progresión a cáncer invasor. Entre las opciones terapéuticas más utilizadas se encuentran los métodos ablativos, como la crioterapia y la ablación térmica, que destruyen el tejido afectado sin necesidad de extirpación quirúrgica. Asimismo, los métodos escisionales, como la escisión electroquirúrgica con asa (LEEP) y la conización cervical, permiten la eliminación del tejido lesionado y su posterior evaluación histopatológica, siendo especialmente indicados cuando existe sospecha de persistencia o invasión de la lesión (OMS, 2024).

En cuanto a las lesiones benignas, como los condilomas acuminados, el tratamiento puede incluir el uso de agentes tópicos, procedimientos físicos o intervenciones quirúrgicas, dependiendo del tamaño, número y localización de las verrugas. No obstante, la recurrencia de estas lesiones es frecuente, ya que las intervenciones disponibles no eliminan la infección viral subyacente, sino que actúan únicamente sobre las manifestaciones clínicas visibles (Jensen et al., 2024).

Finalmente, las guías clínicas internacionales destacan la importancia del seguimiento posterior al tratamiento, el cual debe realizarse mediante citología cervical, pruebas de detección del VPH y colposcopia cuando esté indicada, con el fin de identificar de manera temprana posibles recurrencias o nuevas lesiones. En este sentido, el abordaje integral del VPH requiere la articulación del tratamiento oportuno, el seguimiento clínico continuo y la implementación de estrategias preventivas, como la vacunación y la educación en salud sexual (OMS, 2024).

2.7 Prevención del VPH

La prevención primaria engloba un conjunto de acciones orientadas a evitar la aparición de enfermedades o problemas de salud mediante la identificación y control de los factores causales, predisponentes o condicionantes involucrados en su desarrollo. Estas estrategias se centran en disminuir o eliminar la exposición de las personas a los factores de riesgo, procurando que dicha exposición se mantenga en niveles que no representen un riesgo significativo para la salud. El objetivo principal de estas intervenciones es reducir la incidencia de la enfermedad en la población (Prado Peláez et al., 2021).

Dentro de este nivel de prevención, las vacunas constituyen una herramienta fundamental y se definen como preparaciones biológicas destinadas a generar inmunidad frente a una enfermedad, a través de la estimulación del sistema inmunológico para la producción de anticuerpos. Estas preparaciones pueden elaborarse a partir de microorganismos inactivados o atenuados, así como de sus componentes o derivados. Aunque la vía de administración más frecuente es la inyección, algunas vacunas pueden aplicarse también por vía oral o mediante aerosol nasal (Prado Peláez et al., 2021).

En el ámbito de la prevención secundaria, los chequeos médicos constituyen un eje fundamental en el control del virus del papiloma humano (VPH), ya que permiten la detección temprana de la infección y de las alteraciones celulares asociadas, incluso antes de la aparición de signos o síntomas clínicos. Este nivel de prevención tiene como objetivo identificar de manera oportuna lesiones precursoras o cambios anormales en los tejidos, con el fin de intervenir tempranamente y evitar la progresión hacia enfermedades de mayor gravedad, como el cáncer cervicouterino. Los chequeos médicos periódicos incluyen pruebas de tamizaje como la citología cervical (Papanicolaou), las pruebas de detección del VPH y la colposcopia, las cuales permiten evaluar el estado del cuello uterino y otros tejidos susceptibles a la infección. Estas herramientas diagnósticas han demostrado ser eficaces para identificar lesiones intraepiteliales en etapas iniciales, cuando el tratamiento resulta más sencillo y con mayores probabilidades de éxito.

Finalmente, la educación sexual integral y la adopción de prácticas sexuales responsables desempeñan un papel clave en la prevención del VPH. Las prácticas sexuales seguras, como el uso correcto y constante del preservativo, la reducción del número de parejas sexuales y la comunicación abierta entre las personas involucradas, contribuyen a disminuir el riesgo de transmisión de esta infección y de otras infecciones de transmisión sexual. Aunque el preservativo no ofrece una protección absoluta frente al VPH, su uso regular reduce significativamente la exposición al virus y a las lesiones asociadas, especialmente cuando se combina con otras estrategias preventivas.

2.8 Importancia de la información sobre el VPH

El impacto emocional y psicológico que conlleva el diagnóstico de VPH se encuentra estrechamente vinculado al nivel de información que las personas poseen acerca de esta

infección, así como a la manera en que dicho conocimiento influye en la capacidad para afrontar la situación. Tanto en mujeres como en hombres, la comprensión sobre el VPH puede construirse y modificarse a partir de experiencias personales y contextos de vida, los cuales influyen en la toma de decisiones ante respuestas emocionales adversas. Estas respuestas pueden afectar de manera significativa la calidad de vida, al generar cambios en las conductas relacionadas con el cuidado de la salud (Brito, Flores, Delgado y Mendoza, 2022).

La información adecuada y oportuna sobre el virus del papiloma humano desempeña un papel fundamental en la prevención, el diagnóstico temprano y el manejo integral de la infección. Un mayor nivel de conocimiento permite a las personas comprender las formas de transmisión, las medidas preventivas disponibles y la importancia del seguimiento médico, lo que favorece la adopción de conductas de autocuidado y prácticas sexuales responsables. Asimismo, el acceso a información clara y basada en evidencia contribuye a disminuir mitos, estigmas y percepciones erróneas que suelen asociarse a su diagnóstico.

En este contexto, desde el ámbito emocional y social, contar con información confiable facilita el afrontamiento del diagnóstico, reduce la ansiedad y el miedo, y promueve una actitud más activa frente a la toma de decisiones relacionadas con la salud. La desinformación, por el contrario, puede generar sentimientos de culpa o vergüenza, así como conductas de riesgo, afectando de manera directa la calidad de vida de las personas diagnosticadas. En este sentido, la educación en salud se convierte en una herramienta clave para empoderar a los individuos, fortalecer su capacidad de respuesta ante la infección y fomentar una relación más consciente y responsable con su salud sexual y reproductiva.

Desde la perspectiva del estigma, Erving Goffman (2006) señala que muchas veces lo que vuelve problemática una condición no es el atributo en sí mismo, sino la forma en que este es interpretado dentro de la interacción social. En el caso del VPH, la falta de información puede reforzar percepciones negativas y estereotipos sociales, mientras que el acceso a conocimiento claro y basado en evidencia puede contribuir a resignificar dichas interpretaciones y disminuir los procesos de estigmatización asociados a esta infección.

2.9 A modo de cierre

En este segundo capítulo se abordaron los principales aspectos relacionados con el Virus del Papiloma Humano (VPH), con el objetivo de proporcionar una comprensión integral de esta infección de transmisión sexual. En primer lugar, se describieron sus características generales, su estructura biológica y su mecanismo de infección, lo que permitió entender su funcionamiento a nivel celular, así como su capacidad para replicarse y generar alteraciones en el organismo.

Asimismo, se analizaron los diferentes tipos de VPH, destacando su clasificación en genotipos de bajo, alto y probable alto riesgo oncogénico, así como sus manifestaciones clínicas asociadas. Esto permitió comprender la diversidad de presentaciones de la infección, que pueden ir desde formas asintomáticas hasta lesiones benignas o procesos malignos. De igual manera, se abordaron las formas de transmisión del virus, enfatizando el contacto sexual como principal vía de contagio, así como otros mecanismos menos frecuentes.

Posteriormente, se examinaron los factores asociados a la adquisición y persistencia del VPH, tales como el inicio temprano de la vida sexual, la multiplicidad de parejas, el uso inadecuado de métodos de protección y las condiciones que afectan el sistema inmunológico. En este sentido, se destacó que dichos factores no actúan de manera aislada, sino que interactúan entre sí, incrementando la vulnerabilidad de las personas frente a la infección.

De igual forma, se revisaron los principales métodos de diagnóstico, tratamiento y control del VPH, resaltando la importancia de la detección temprana mediante pruebas de tamizaje y del seguimiento clínico continuo. Se señaló que, aunque no existe un tratamiento específico para eliminar el virus, las intervenciones disponibles permiten controlar sus manifestaciones clínicas y prevenir la progresión hacia enfermedades de mayor gravedad, como el cáncer cervicouterino.

En cuanto a la prevención, se destacó el papel fundamental de la vacunación, los chequeos médicos periódicos y la adopción de prácticas sexuales responsables, así como la importancia de la educación sexual integral como estrategia para reducir la incidencia de la infección en la población. En este contexto, se enfatizó que la prevención no solo implica

acciones biomédicas, sino también procesos educativos y sociales que favorecen el autocuidado.

Finalmente, se abordó la importancia de la información y el conocimiento sobre el VPH, resaltando su influencia en la manera en que las personas interpretan su diagnóstico y afrontan la infección. En este sentido, se evidenció que la desinformación puede contribuir a la generación de miedo, ansiedad, culpa y estigma, mientras que el acceso a información clara y basada en evidencia favorece la toma de decisiones informadas, el bienestar emocional y la reducción de prejuicios sociales. Desde esta perspectiva, y en concordancia con lo planteado por Erving Goffman (2006), se reconoce que el significado social atribuido a la infección puede influir de manera significativa en la experiencia de quienes la viven.

En conjunto, los contenidos desarrollados en este capítulo permiten comprender al VPH como una infección compleja que no solo impacta la salud física, sino también las dimensiones emocional, social y relacional de las personas.

Esto abre paso al siguiente capítulo, en el cual se profundizará en los procesos de estigmatización, las experiencias subjetivas del diagnóstico y los mecanismos de afrontamiento, particularmente en relación con el perdón y la resignificación de la experiencia.

CAPITULO 3. “Dimensión social, emocional y simbólica del VPH”

“La sociedad establece los medios para categorizar a las personas y el conjunto de atributos que se consideran normales.”

— Erving Goffman

“La sociedad establece los medios para categorizar a las personas y el conjunto de atributos que se consideran normales” invita a reflexionar que el Virus del Papiloma Humano no solo se inscribe en el cuerpo, sino también en el orden social. A partir de esta lógica, el diagnóstico puede situar a la persona dentro de una categoría social que conlleva expectativas, juicios y estigmas previamente construidos. De este modo, la vivencia del VPH trasciende lo biomédico y se configura como una experiencia atravesada por significados culturales que impactan la identidad, las emociones y las relaciones interpersonales.

3.1 Educación sexual y construcción social del VPH

La adolescencia y la juventud constituyen etapas particularmente relevantes, ya que en ellas suele iniciarse la vida sexual; sin embargo, este proceso se desarrolla con frecuencia en contextos donde la información sobre el Virus del Papiloma Humano (VPH) y otras infecciones de transmisión sexual es limitada o insuficiente. De acuerdo con el análisis realizado por Montes Quiroz et al. (2025), en México y otros países de América Latina el nivel de conocimiento sobre el VPH se mantiene, en general, en un plano básico, centrado principalmente en aspectos generales de la infección y su prevención. Asimismo, los autores señalan que una proporción considerable de la población no adopta medidas preventivas efectivas, como la vacunación contra el VPH, la realización periódica de pruebas de detección o el uso consistente de métodos de barrera durante las relaciones sexuales, lo que evidencia una relación estrecha entre el nivel de conocimiento y la implementación de prácticas preventivas. Estas limitaciones se ven reforzadas por la persistencia de obstáculos de carácter estructural y sociocultural, entre los que destacan la limitada cobertura y alcance

de los programas de educación en salud sexual, la escasa comunicación en los ámbitos familiar y social y la vigencia de tabúes en torno a la sexualidad, factores que, en conjunto, restringen el acceso de las y los jóvenes a información comprensible, oportuna y confiable (Montes Quiroz et al., 2025).

Desde esta perspectiva, la educación sexual no puede entenderse únicamente como un proceso de transmisión de información biomédica, sino como un espacio donde se construyen significados sociales en torno a la sexualidad, el riesgo y la responsabilidad individual. Los discursos educativos predominantes tienden a priorizar la prevención del embarazo y, en menor medida, algunas infecciones de transmisión sexual, dejando en un segundo plano al VPH o abordándolo de forma fragmentada, lo que contribuye a su normalización o minimización. Del mismo modo, los silencios institucionales, familiares y sociales en torno al VPH refuerzan percepciones de vergüenza, desconocimiento y desinterés, influyendo directamente en la manera en que las personas interpretan la infección, evalúan sus riesgos y toman decisiones relacionadas con su salud sexual. En este sentido, la educación sexual participa activamente en la construcción social del VPH, no solo por lo que informa, sino también por lo que omite. En relación con ello, Erving Goffman (2006) señala que las normas sociales no dependen únicamente de la voluntad individual de cumplirlas, sino también de las condiciones sociales que sitúan a las personas en determinadas posiciones dentro de la interacción social. De este modo, las interpretaciones sociales sobre la sexualidad y las infecciones de transmisión sexual influyen en la forma en que los individuos comprenden su propia situación y se ajustan a las expectativas sociales predominantes.

3.2 Impacto emocional del diagnóstico de VPH

Los sentimientos de los individuos frente al Virus del Papiloma Humano (VPH) se encuentran estrechamente vinculados a percepciones sociales que asocian la infección con el cáncer, generando con frecuencia ideas fatalistas respecto a su prevención (Szwarc et al., 2021). En este sentido, desde la perspectiva de Erving Goffman (2006), dichas percepciones no se construyen de manera aislada, sino en el marco de la interacción social, donde las normas y significados colectivos influyen en la forma en que las personas interpretan su realidad. Como señala el autor, en la interacción cotidiana —ya sea con extraños o con

personas cercanas— se hacen evidentes las huellas de la sociedad, las cuales orientan la manera en que los individuos son percibidos y ubicados dentro de un determinado orden social. De este modo, las emociones asociadas al VPH no solo responden al diagnóstico médico, sino también a los significados sociales que se le atribuyen.

La comprensión limitada de la infección, la información parcial o contradictoria y la falta de referentes cercanos que compartan experiencias reales contribuyen a intensificar emociones como el miedo, la ansiedad y la incertidumbre. Estas emociones pueden influir de manera significativa en la toma de decisiones relacionadas con la salud sexual, dificultar la comunicación con la pareja y generar barreras en la adopción de conductas preventivas.

En este contexto, las personas diagnosticadas pueden recurrir a estrategias de encubrimiento con el fin de evitar ser desacreditadas socialmente. De acuerdo con Erving Goffman (2006), este proceso implica un manejo constante de la información personal, en el que el individuo regula qué decir, a quién y en qué momento. El autor señala que, en estas circunstancias, la persona puede verse progresivamente atrapada en la necesidad de sostener el ocultamiento mediante la elaboración continua de explicaciones o evasivas que eviten la revelación de su condición. Esta dinámica no solo incrementa la tensión emocional, sino que también puede generar malentendidos, aislamiento social y dificultades en las relaciones interpersonales.

En consecuencia, estos procesos emocionales y sociales pueden obstaculizar la adopción de conductas preventivas, lo que subraya la necesidad de fortalecer la educación sexual integral y la provisión de información confiable y comprensible.

3.2.1 Miedo e incertidumbre ante el diagnóstico y el futuro de la salud

El diagnóstico de VPH provoca en las personas sentimientos de miedo, ansiedad e incertidumbre respecto a su estado de salud y su futuro. Predomina la preocupación por el curso de la infección, el posible dolor, el impacto en la fertilidad y la probabilidad de desarrollar cáncer o, en algunos casos, enfrentar la muerte. Esta inquietud se ve reforzada por la desinformación sobre la forma de adquisición del virus y las opciones de tratamiento disponibles, lo que intensifica la angustia y genera una percepción de vulnerabilidad y necesidad de orientación médica (Palacios Rodríguez et al., 2020). En este sentido, desde

la perspectiva de Erving Goffman (2006), el diagnóstico puede alterar la forma en que la persona se percibe a sí misma, modificando su identidad y generando un estado constante de inseguridad respecto a su propio cuerpo. El individuo puede dejar de considerarse completamente “sano” o “normal” y comenzar a interpretar diversas sensaciones físicas como posibles manifestaciones de la infección, lo que incrementa la incertidumbre y la ansiedad.

Este temor inicial no desaparece con el tiempo; por el contrario, puede intensificarse debido a la necesidad de controles médicos continuos y a la incertidumbre sobre la evolución de la enfermedad. La obligación de someterse a revisiones periódicas genera una percepción de amenaza constante, manteniendo un estado de indefinición que se traduce en confusión y en la idea persistente de no encontrarse completamente bien, lo que refuerza la ansiedad y el miedo inicial (Szwarc et al., 2021). En este contexto, es posible que algunas personas desarrollen una atención excesiva hacia su cuerpo, interpretando cualquier cambio o malestar como un indicio de agravamiento, lo que refuerza un estado de alerta permanente y dificulta la recuperación de una percepción de bienestar.

La interacción de estos factores emocionales y cognitivos da lugar a diversas reacciones, que incluyen frustración, pesimismo, tristeza, preocupación e impotencia frente a la enfermedad. Mientras algunas personas se sienten indefensas ante la posibilidad de que las verrugas reaparezcan o que la infección no se resuelva completamente, otras presentan indiferencia o dificultades para asimilar el diagnóstico, lo que incrementa la vulnerabilidad emocional y eleva el riesgo de experimentar episodios depresivos (Palacios Rodríguez et al., 2020).

3.2.2 Culpa y autorresponsabilización

Explorar y hablar sobre la sexualidad continúa siendo un tema difícil de abordar. En muchas culturas, este ámbito todavía se percibe de manera negativa, lo que limita la posibilidad de discutirlo abierta y libremente. Esta visión restringida provoca que hablar sobre infecciones de transmisión sexual, como el virus del papiloma humano (VPH), resulte particularmente complejo. Crecer en un contexto en el que la sexualidad es un tabú puede propiciar que quienes adquieren la infección la interpreten como un castigo, asociándola con

culpa o con la idea de haber realizado algo indebido. En este sentido, el diagnóstico de VPH suele generar un impacto emocional significativo, difícil de asimilar. Entre las reacciones más frecuentes se encuentran la culpa y la autorresponsabilización, que emergen cuando las personas atribuyen la infección a decisiones o conductas sexuales pasadas.

Desde la perspectiva de Erving Goffman (2006), estos procesos pueden comprenderse en el marco de la estigmatización social, donde no solo el atributo es objeto de juicio, sino también las respuestas del individuo frente a su condición. En este sentido, la sociedad tiende a interpretar la infección como consecuencia de acciones moralmente cuestionadas, reforzando la idea de que se trata de un “castigo” merecido. Esta lógica contribuye a la internalización de dichas valoraciones, generando sentimientos de culpa que trascienden el ámbito individual y se encuentran profundamente vinculados a significados sociales contruidos en torno a la sexualidad.

Esta percepción intensifica la carga emocional, generando miedo ante la posibilidad de desarrollar verrugas o cáncer, preocupación por el curso de la enfermedad y autocrítica hacia las propias acciones. Todo ello afecta no solo la manera de enfrentar la enfermedad, sino también la percepción de sí mismo y la disposición para hablar del tema con los demás, lo que puede convertirse en una barrera para el acceso a apoyo y atención oportuna (Palacios Rodríguez et al., 2020).

3.2.3 Vergüenza y estigma internalizado

El carácter de transmisión sexual del VPH favorece la aparición de sentimientos negativos relacionados con la vergüenza y el estigma que suelen asociarse a este tipo de infecciones (Szwarc et al., 2021). Estas emociones pueden intensificarse debido a prejuicios sociales en torno a la sexualidad, lo que lleva a quienes lo padecen a sentirse juzgados a partir de su diagnóstico. Como consecuencia, muchas personas experimentan miedo y dificultad para compartir su condición con otros, lo que puede resultar particularmente complejo, ya que el impacto emocional transforma de manera significativa la forma en que perciben su vida. En este contexto, se reportan cambios en la calidad de vida, acompañados de sentimientos de confusión y, principalmente, vergüenza al comunicar la situación a la pareja o a los familiares. A ello se suman emociones como tristeza, desconfianza, el temor

a transmitir la infección y la incertidumbre respecto a la evolución de su estado de salud.

Desde la perspectiva de Erving Goffman (2006), estas experiencias pueden comprenderse como parte de un proceso de estigma internalizado, en el cual el individuo incorpora las valoraciones sociales negativas asociadas a su condición. En este sentido, la vergüenza no surge únicamente del diagnóstico en sí, sino de la interacción social y de la percepción de ser evaluado bajo normas que pueden desacreditar su identidad. Esta carga emocional puede influir negativamente en la adherencia al tratamiento, ya que en algunos casos las personas optan por ignorar las recomendaciones médicas y los cuidados necesarios, incluyendo el seguimiento en consultas periódicas y las medidas preventivas orientadas a evitar posibles complicaciones (Brito et al., 2022).

Las personas diagnosticadas con VPH pueden experimentar altos niveles de estrés, así como sentimientos de humillación, incomodidad y vergüenza durante la atención médica, acompañados en algunos casos por una percepción de pérdida de dignidad. Estas emociones pueden intensificarse debido a factores como la sensación de falta de privacidad, la presencia de estudiantes durante las consultas o la incomodidad ante la atención recibida por un ginecólogo varón durante los procedimientos de exploración.

Asimismo, la anticipación de posibles experiencias estigmatizantes genera temor y vergüenza ante la idea de revelar el diagnóstico a familiares o amistades, lo que lleva a algunas personas a ocultar su situación y a restringir la búsqueda de apoyo social. En el caso de mujeres jóvenes, comunicar el diagnóstico también implica hacer visible el inicio de su vida sexual, situación que puede generar miedo a ser juzgadas o etiquetadas de manera negativa, especialmente a partir de estereotipos asociados a la promiscuidad (Palacios Rodríguez et al., 2020).

3.2.4 Percepción y autoestima

El diagnóstico de VPH implica transformaciones significativas en la vida de la persona, particularmente en la manera en que se percibe a sí misma. En este sentido, modifica la forma en que se observa e interpreta el propio cuerpo a partir de la confirmación de la infección (Szwarc et al., 2021). Desde la perspectiva de

Erving Goffman (2006), las interacciones sociales se encuentran profundamente atravesadas por normas y expectativas sociales, de modo que las “huellas de la sociedad” se inscriben en la forma en que los individuos se perciben y se posicionan frente a los demás. Esto implica que la construcción de la imagen corporal y de la identidad no se produce de manera aislada, sino en relación con los significados sociales atribuidos a la enfermedad.

En esta línea, Palacios Rodríguez et al. (2020) evidencian que la autoimagen de las personas con VPH puede verse afectada de manera negativa, percibiéndose como alterada o amenazada tras el diagnóstico. Esta transformación suele estar acompañada de sensaciones asociadas a la contaminación o la impureza, así como de sentimientos de vergüenza, rechazo hacia el propio cuerpo y malestar emocional. Asimismo, el estado emocional de quienes viven con VPH puede impactar directamente en la autoestima y en la construcción de la autoimagen, llevando en algunos casos a percibirse como poco atractivos sexualmente o susceptibles al rechazo social.

3.3 El perdón como proceso de resignificación frente al estigma

Cuando una persona contrae una infección de transmisión sexual, puede ser situada dentro de una categoría social a la cual anteriormente no pertenecía. Desde la perspectiva de Erving Goffman (2006), el ingreso a una categoría social activa de manera inmediata una serie de expectativas y atributos socialmente contruidos que tienden a definir a quienes forman parte de ella. En este sentido, el individuo no solo es percibido a partir de dichos rasgos, sino que también puede ser reducido a estereotipos previamente establecidos. En el caso de las infecciones de transmisión sexual, estos estereotipos suelen estar cargados de juicios morales y descalificaciones, lo que puede generar experiencias profundamente dolorosas. Así, la persona puede enfrentar no solo el señalamiento externo, sino también un cuestionamiento interno sobre su propio valor y su identidad social. En este contexto, el perdón —particularmente el autoperdón— puede entenderse como un proceso relevante para la reconstrucción de la identidad, al permitir resignificar la experiencia del estigma y disminuir la carga emocional asociada a los juicios sociales.

No obstante, resignificar la experiencia del estigma constituye un proceso complejo, debido a los significados y juicios que se construyen socialmente en torno a las infecciones

de transmisión sexual. Estos influyen en la manera en que la persona vive su diagnóstico, lo comunica a su pareja o círculo cercano y asume la responsabilidad sobre su salud. En este sentido, más allá de lo estrictamente médico, se trata de una experiencia profundamente social que puede dificultar el afrontamiento; sin embargo, atravesar este proceso resulta fundamental para continuar. En esta misma línea, la relación del individuo con el estigma no es estática ni homogénea. De acuerdo con Erving Goffman (2006), algunas personas pueden mostrarse indiferentes ante las expectativas sociales asociadas a su condición, sosteniendo una percepción de sí mismas como sujetos válidos. No obstante, esta postura puede ser el resultado de un proceso previo en el que el individuo ha interiorizado los juicios sociales, experimentado emociones como culpa o vergüenza y, posteriormente, transitado hacia formas de autoperdón y resignificación. En estos casos, la aparente indiferencia no implica negación, sino una reconstrucción de la identidad que permite al sujeto distanciarse de los significados estigmatizantes. Asimismo, dentro de este proceso de manejo del estigma, algunas personas recurren al uso del humor, la ironía o la autorreferencia como formas de afrontar la interacción social. Desde la perspectiva de Goffman (2006), estos recursos pueden entenderse como mecanismos de control de la impresión, mediante los cuales el individuo anticipa posibles juicios y reduce la tensión en la interacción.

En este escenario, el perdón adquiere un papel relevante como recurso para la reconstrucción personal. De acuerdo con José Luis Lillo (2014), el perdón permite a las personas liberarse de los vínculos emocionales que las mantienen ancladas al pasado, favoreciendo la superación del resentimiento y del estancamiento que impide avanzar. En esta misma línea, Sánchez-Darvasi (2018), retomando a Martens (2013), plantea que el deseo de perdonar surge de una necesidad inconsciente orientada a reconstruir la personalidad, particularmente a través de la recuperación simbólica de un vínculo cuya pérdida ha impactado la autoestima. De este modo, el perdón no solo actúa como un mecanismo de liberación emocional, sino también como una vía para reconstruir la identidad más allá del estigma.

3.4 Efectos del VPH en las relaciones interpersonales

Cuando las personas diagnosticadas con VPH carecen de recursos emocionales o herramientas de afrontamiento suficientes, el impacto puede extenderse de manera

significativa a su vida sexual y relacional. Escalante (2021) señala que el temor a transmitir la infección puede llevar a algunos pacientes a optar por la abstinencia o a evitar establecer nuevas relaciones afectivas. En ciertos casos, el diagnóstico es interpretado como una limitación permanente, generando la percepción de que no será posible mantener una relación de pareja en el futuro. Como consecuencia de esta carga simbólica asociada a la infección, muchas personas optan por ocultar su diagnóstico, lo que evidencia procesos de autoestigmatización y temor al rechazo social.

En el ámbito de la pareja, el diagnóstico genera una intensa carga emocional. Palacios Rodríguez et al. (2020) identifican que en las mujeres predominan el temor a la reacción de la pareja, la sospecha de infidelidad y sentimientos de traición, rabia y desconfianza. En los hombres, por su parte, se observa incertidumbre respecto al origen de la infección, preocupación por la posible transmisión del virus, miedo al rechazo y emociones como frustración e impotencia. La notificación del diagnóstico a la pareja se convierte así en un dilema complejo, ya que puede interpretarse como evidencia de infidelidad, aun cuando no exista tal situación.

Desde la perspectiva de Erving Goffman (2006), estas reacciones pueden comprenderse a partir de la tensión entre la identidad social esperada y la identidad real del individuo. Al conocer su diagnóstico, la persona puede anticipar que será percibida de manera negativa dentro de sus relaciones, lo que influye en su comportamiento y en la forma en que gestiona la información sobre su condición. En este sentido, el temor al rechazo y a la descalificación social puede derivar en modificaciones en las formas de vinculación, tales como el distanciamiento emocional, la evitación de nuevas relaciones o el ocultamiento del diagnóstico.

3.5 Relación médico-paciente y atención en salud sexual

Las habilidades interpersonales en el ámbito sanitario se definen como el conjunto de conductas verbales y no verbales que se ponen en juego durante la interacción con el paciente o su familia (Bosméan et al., 2022). Estas competencias constituyen un componente esencial de la relación médico-paciente, ya que influyen directamente en la calidad de la atención y en la experiencia que la persona tiene dentro del sistema de salud.

En este sentido, la empatía, la comunicación efectiva y la asertividad se consolidan como herramientas fundamentales en la práctica médica actual. No solo favorecen una relación más humana y cercana, sino que permiten abordar temas sensibles —como la salud sexual— desde una perspectiva integral que trasciende el modelo estrictamente biomédico.

En el contexto específico del diagnóstico de VPH, diversos estudios señalan que la atención no debe limitarse a la transmisión técnica del resultado. Szwarc et al. (2021) destacan que no se trata únicamente de brindar información, sino de generar espacios de diálogo y escucha activa durante la consulta. Esto implica acompañar a las mujeres en la comprensión del resultado recibido y del proceso de atención posterior, considerando sus percepciones, emociones y experiencias.

De esta manera, la relación médico-paciente en salud sexual exige un enfoque comunicacional centrado en la persona, donde la empatía y la capacidad de escucha se convierten en elementos clave para disminuir la ansiedad, el estigma y la confusión asociados al VPH. Cuando estas dimensiones están ausentes y predomina un trato frío o exclusivamente técnico, se refuerzan barreras en la comprensión del proceso de atención, se dificulta la adherencia al seguimiento médico y se intensifican los efectos del estigma en la experiencia del paciente.

3.6 Minimización social del VPH y ambivalencia discursiva

La experiencia del diagnóstico del VPH suele estar atravesada por discursos ambiguos que generan incertidumbre y ambivalencia en quienes lo reciben. Un estudio realizado en Suecia muestra que las mujeres que obtienen un resultado anormal en el Papanicolaou interpretan que “tienen algo”, aun cuando los profesionales de salud intentan tranquilizarlas señalando que “no tienen nada” grave. Esta aparente contradicción en el lenguaje médico produce una sensación de indefinición, donde el diagnóstico no confirma plenamente una enfermedad, pero tampoco reafirma un estado de salud (Szwarc et al., 2021).

Desde esta perspectiva, diversos autores han conceptualizado el resultado anormal del Pap como un estado liminal en la transición entre salud y enfermedad. Es decir, las mujeres no se perciben completamente enfermas, pero tampoco plenamente sanas. En este sentido, Forss et al., citados por Szwarc et al. (2021), señalan que este resultado transforma

una consulta de rutina —destinada a confirmar la salud— en una experiencia ambivalente, marcada por la incertidumbre y la falta de claridad diagnóstica. Esta liminalidad no solo es médica, sino también simbólica, ya que coloca a las mujeres en un espacio intermedio que dificulta la comprensión de su propia condición. A esta ambivalencia discursiva se suma un proceso de minimización social del VPH. Algunas mujeres experimentan alivio al saber que el virus es frecuente, que en muchos casos no presenta síntomas visibles, que el preservativo no ofrece protección total y que puede desaparecer espontáneamente (Palacios Rodríguez et al., 2020). Si bien esta información puede reducir la ansiedad inicial, también contribuye a construir una narrativa que trivializa la infección, reforzando la idea de que “no es algo grave”. En este sentido, desde la perspectiva de Erving Goffman (2006), los significados sociales no se construyen de manera uniforme, sino que emergen en la interacción a partir de normas y valoraciones que pueden resultar contradictorias. Así, una misma condición puede ser presentada como común y poco preocupante, pero al mismo tiempo mantenerse asociada de forma implícita a juicios morales sobre la sexualidad, generando mensajes ambiguos.

En conjunto, estos discursos —por un lado tranquilizadores y por otro moralmente cargados o imprecisos— generan una tensión constante en la forma en que el VPH es percibido socialmente. La infección puede ser simultáneamente minimizada como algo común y normalizado, pero también experimentada como una marca que suscita dudas, miedo o cuestionamientos en el ámbito personal y relacional. Esta ambivalencia evidencia que el VPH no se inscribe únicamente en el plano biomédico, sino que está atravesado por significados culturales, morales y comunicacionales que influyen en la manera en que las personas interpretan y viven su diagnóstico.

3.7 A modo de cierre

En este tercer capítulo se analizó la relación entre la educación sexual y la construcción social del Virus del Papiloma Humano (VPH), destacando que el conocimiento sobre esta infección no depende únicamente de la información disponible, sino también de los contextos sociales, culturales y comunicativos en los que se produce. En este sentido, se evidenció que las limitaciones en la educación sexual, así como la persistencia de tabúes y silencios en torno a la sexualidad, influyen directamente en la manera en que las personas comprenden el VPH, evalúan sus riesgos y adoptan —o no— prácticas preventivas.

A partir de ello, se examinó cómo el diagnóstico de VPH trasciende el ámbito biomédico y se configura como una experiencia profundamente social y emocional. Las percepciones asociadas al virus, frecuentemente vinculadas al cáncer o a juicios morales sobre la sexualidad, contribuyen a la aparición de emociones como miedo, ansiedad e incertidumbre, las cuales se ven intensificadas por la desinformación y la falta de referentes claros. En concordancia con lo planteado por Erving Goffman (2006), se reconoció que dichas emociones no se generan de manera aislada, sino en el marco de interacciones sociales donde los significados colectivos influyen en la forma en que las personas interpretan su diagnóstico.

Asimismo, se abordaron procesos emocionales como la culpa, la vergüenza y el estigma internalizado, los cuales reflejan la internalización de normas sociales que asocian la infección con comportamientos moralmente cuestionados. Estas experiencias no solo afectan la autoestima y la autoimagen, sino que también inciden en la manera en que las personas gestionan su identidad, sus relaciones interpersonales y su vida sexual. En este contexto, el ocultamiento del diagnóstico, el miedo al rechazo y las dificultades en la comunicación con la pareja evidencian el impacto del estigma en el ámbito relacional.

De igual forma, se analizó el papel del perdón —especialmente el autoperdón— como un proceso clave para la resignificación de la experiencia del estigma. Se destacó que este proceso permite a las personas reconstruir su identidad más allá de los juicios sociales, disminuir la carga emocional asociada y transitar hacia formas de afrontamiento más adaptativas. En esta línea, también se reconoció que estrategias como el humor o la ironía pueden funcionar como mecanismos de manejo del estigma, al permitir al individuo ejercer

cierto control sobre la forma en que es percibido en la interacción social.

Por otro lado, se examinó el impacto del VPH en las relaciones interpersonales, evidenciando que el diagnóstico puede generar tensiones, miedos y conflictos, especialmente en el ámbito de la pareja. El temor a la transmisión, el rechazo o la descalificación social puede llevar a modificar las formas de vinculación, reforzando procesos de aislamiento o evitación. Asimismo, se destacó la importancia de la relación médico-paciente como un espacio fundamental para la comprensión del diagnóstico, donde la empatía, la comunicación efectiva y la escucha activa pueden contribuir a reducir la ansiedad y el estigma asociados.

Finalmente, se abordó la ambivalencia en los discursos sociales y médicos en torno al VPH, señalando que, si bien la infección puede ser presentada como común o poco grave, también se encuentra atravesada por significados implícitos que generan incertidumbre y confusión. Esta dualidad contribuye a una percepción contradictoria del VPH, que oscila entre la minimización y la estigmatización, evidenciando su carácter no solo biomédico, sino también social y simbólico.

En conjunto, los elementos desarrollados en este capítulo permiten comprender que el VPH no es únicamente una infección de transmisión sexual, sino un fenómeno complejo que se construye socialmente a través de discursos, prácticas y significados que influyen en la experiencia subjetiva de quienes lo viven. Esta comprensión resulta fundamental para el desarrollo de estrategias de intervención que no solo aborden la dimensión médica, sino también los aspectos emocionales, sociales y culturales implicados en la vivencia del diagnóstico.

CAPITULO 4. Enfoque metodológico

4.1 Objetivo general

Analizar las experiencias de las personas diagnosticadas con VPH respecto al impacto emocional, social y relacional, considerando la influencia del estigma y los prejuicios en su percepción social, en sus proyectos de vida, en la forma en que comunican su condición y en los procesos de aprendizaje y transformación personal que emergen a partir del diagnóstico.

4.2 Pregunta general

¿Cómo influyen el estigma y los prejuicios en las experiencias emocionales, sociales y relacionales de las personas diagnosticadas con infección por VPH, particularmente en su percepción social, sus proyectos de vida, la comunicación de su condición y los procesos de aprendizaje y transformación personal?

4.3 Objetivos específicos

Objetivo específico 1: Examinar cómo los prejuicios y el estigma social influyen en la percepción pública del VPH.

Objetivo específico 2: Analizar el impacto del diagnóstico de VPH, considerando los efectos emocionales y cambios en sus relaciones personales, para buscar cómo sus decisiones, proyectos y aspiraciones se ven afectados.

Objetivo específico 3: Analizar la sinceridad y apertura que muestran las personas diagnosticadas con VPH al comunicar su condición a su pareja o pareja sexual, considerando los factores emocionales, sociales y relacionales que influyen en la decisión de revelar o mantener en reserva dicho diagnóstico.

Objetivo específico 4: Explorar las enseñanzas, aprendizajes y transformaciones personales que las personas diagnosticadas con VPH identifican a partir de su experiencia

4.3.1 Preguntas específicas

- Pregunta específica 1: ¿De qué manera los prejuicios y el estigma social influyen en la percepción del VPH?

- Pregunta específica 2: ¿De qué manera el diagnóstico de VPH impacta en las emociones y en las relaciones personales de quienes lo reciben, y cómo influye este proceso en sus decisiones, proyectos y aspiraciones de vida?
- Pregunta específica 3: ¿Qué factores influyen en la decisión de una persona diagnosticada con VPH de revelar o no su condición a su pareja o pareja sexual?
- Pregunta específica 4: ¿Qué enseñanzas, aprendizajes y transformaciones personales identifican las personas diagnosticadas con VPH a partir de su experiencia?

4.4 Enfoque metodológico

Este estudio se desarrolló desde un enfoque cualitativo, ya que busca comprender los significados, interpretaciones y experiencias subjetivas que cada participante ha otorgado a su diagnóstico a partir de su propia vivencia.

La investigación cualitativa permite aproximarse a los fenómenos sociales desde la perspectiva de quienes los experimentan, priorizando la comprensión profunda de sus emociones, narrativas y procesos de resignificación. En este sentido, puede definirse como un enfoque orientado a analizar y comprender las experiencias, así como las formas de pensar y sentir tanto de otras personas como del propio investigador, mediante la observación, descripción y exploración de la realidad (Rojas-Gutiérrez, 2022).

Así mismo Santa Cruz Terán et al. (2022) mencionan y reconocen a Indican, que el enfoque cualitativo se emplea principalmente en las ciencias sociales para la recopilación y análisis de datos no estandarizados. Este paradigma se sustenta en la fenomenología, centrada en el estudio de los hechos tal como se presentan en la realidad, lo que permite abordarlos de manera rigurosa y sistemática, respetando su naturaleza y facilitando su comprensión por parte de quienes acceden a la investigación. Por otro lado, la investigación cualitativa utiliza el muestreo como una estrategia para representar el fenómeno o situación de estudio. Estos elementos se integran en un diseño metodológico que permite analizar e interpretar el problema o hecho social en cuestión. De este modo, se evidencia que el enfoque cualitativo no solo posibilita la comprensión profunda de la realidad, sino que también contribuye a la generación de conocimiento científico con aplicación práctica.

Desde este enfoque, no se busca medir la frecuencia del fenómeno, sino analizar cómo se construyen los sentidos en torno al VPH, cómo se experimenta el estigma en la vida cotidiana

y cómo estas experiencias influyen en las relaciones interpersonales y en las decisiones personales.

El estudio se desarrolla bajo un enfoque cualitativo de alcance exploratorio y diseño fenomenológico. Asimismo, la recolección de datos se realizó en un solo momento mediante entrevistas a profundidad. No obstante, en algunos casos se realizaron contactos posteriores con los participantes con la finalidad de ampliar o apoyar la información.

La investigación es la principal fuente para la obtención del conocimiento. (Santa Cruz Terán et al., 2022). A través de sus métodos y enfoques, posibilita no solo la descripción de los hechos, sino también su análisis, interpretación y comprensión en contextos específicos.

El estudio se considera de alcance exploratorio y diseño fenomenológico, ya que, como señalan Montes-Sosa y Castillo-Sanguino (2024), este enfoque permite comprender la experiencia vivida desde la perspectiva de los sujetos, centrándose en los significados que las personas atribuyen a sus vivencias en su contexto cotidiano. Desde esta postura, la fenomenología no solo describe los fenómenos, sino que busca profundizar en la esencia de la experiencia, favoreciendo una interpretación más completa de la realidad subjetiva.

4.5 Técnicas de recolección de datos

Una de las técnicas empleadas en el desarrollo de la investigación fue la aplicación de entrevistas a profundidad. Mendoza Ibarra y Myers-Gallardo (2024), señalan que las entrevistas a profundidad son consideradas una herramienta fundamental para la indagación social. Como práctica, se entienden como un ejercicio analítico que vincula elementos históricos, biográficos y estructurales del contexto social. Asimismo, el análisis de este tipo de entrevistas permite generar interpretaciones que articulan la relación entre sociedad y cultura, reconociendo a los participantes como sujetos con capacidad de construir y expresar sus propias narrativas.

Asimismo, esta técnica favoreció a que los participantes se expresaran con libertad, posibilitando la construcción de un espacio de escucha atenta y empática, en el cual sus relatos y las emociones manifestadas dieron cuenta de las experiencias singulares que han atravesado.

Como segunda técnica de investigación se recurrió a la autoetnografía, la cual se define

como un ejercicio reflexivo que parte de los propios relatos y experiencias del investigador situado en contextos específicos. Esta estrategia permite reconstruir una memoria contextualizada del entorno social, cultural y simbólico en el que se desarrolla la interacción, reconociendo además los procesos corporales que intervienen en la configuración de los resultados de la investigación. Desde esta perspectiva, recuperar la dimensión corporal del investigador implica visibilizar una expresión de la corporalidad humana que trasciende la mera presencia física dentro del producto académico (Mijangos Fuentes, 2023).

Esta estrategia permitió examinar vivencias personales relacionadas con el fenómeno de estudio, no solo desde una dimensión individual, sino también en vínculo con los significados sociales, culturales y emocionales que lo atraviesan.

4.6 Instrumentos

Después de la revisión de diversas fuentes bibliográficas y de la delimitación del objetivo de la investigación, se elaboró un formato de guía de entrevista para conocer la experiencia de personas diagnosticadas con VPH. (Véase en anexo 1) No obstante, estas guías no deben entenderse como instrumentos rígidos o inflexibles, ya que las entrevistas se desarrollaron como conversaciones que permitieron a los participantes expresarse con libertad. En este sentido, la guía funcionó únicamente como un apoyo para asegurar que se retomaran los ejes temáticos previamente establecidos.

Para llevar a cabo las entrevistas, los ejes principales identificados fueron: la educación sexual; el nivel de conocimiento sobre las relaciones sexuales y los riesgos asociados; el proceso de descubrimiento del diagnóstico; la comunicación con la pareja o futura pareja; así como las consecuencias y reflexiones derivadas de la experiencia.

Estos ejes orientaron la construcción de la guía de entrevista, permitiendo abordar de manera integral las distintas dimensiones de la vivencia de las y los participantes. Asimismo, su carácter flexible facilitó la profundización en aspectos emergentes durante el diálogo, favoreciendo la exploración de significados, emociones y procesos de resignificación en torno al diagnóstico de VPH.

4.7 Formas de registro

La información se construyó a partir de la escritura reflexiva de la autora, quien elaboró un relato detallado de su experiencia como parte del proceso investigativo.

Posteriormente, se realizaron entrevistas a los participantes, las cuales fueron grabadas en audio con su previo consentimiento, con el fin de preservar de manera fiel sus narrativas. Asimismo, se llevó un registro en una bitácora de campo en la que se consignaron observaciones, anotaciones y datos considerados relevantes para el desarrollo de la investigación. (Véase en anexo 2)

Durante el proceso de transcripción y análisis de las entrevistas, cuando se identificó información ambigua, incompleta o algún dato no contemplado inicialmente en la guía de entrevista, se estableció nuevamente comunicación con los participantes para solicitar aclaraciones o ampliaciones. Esto permitió precisar la información y fortalecer la coherencia y profundidad del análisis.

4.8 Sistematización y análisis de datos

Se llevó a cabo la transcripción de las entrevistas, (Véase en Anexo 3) para que posteriormente, la información fuera organizada en una tabla de análisis, en la cual se separaron los fragmentos discursivos de los participantes de acuerdo con los ejes y categorías previamente establecidos. (Véase en Anexo 4) En el caso de la autoetnografía, el material de análisis se construyó a partir de la elaboración de un relato autobiográfico escrito por la autora, acompañado de un ejercicio de reflexión crítica sobre su propia experiencia en relación con el fenómeno estudiado.

Es importante señalar que el análisis de la información se realizó de manera manual, sin el apoyo de software especializado de análisis cualitativo, con el propósito de favorecer una aproximación más cercana e interpretativa a la singularidad de las experiencias de cada participante. Se buscó priorizar la profundidad en la comprensión de los relatos —tanto de los entrevistados como el autobiográfico—, evitando un proceso de sistematización que pudiera alejar el análisis de la dimensión subjetiva del estudio.

4.9 Participantes

La muestra fue de tipo intencional y por conveniencia, acorde con el enfoque cualitativo

del estudio, el cual busca profundizar en experiencias particulares relacionadas con el diagnóstico de VPH. La población estuvo conformada por tres personas cuyas edades oscilan entre los 25 y 31 años. Las entrevistas se realizaron durante el mes de enero.

La investigación se construyó a partir de tres casos. El primero corresponde a la autora del estudio, cuya experiencia fue abordada mediante la técnica de la autoetnografía, integrando su propia historia desde una postura reflexiva y situada como parte del proceso investigativo.

La segunda participante es Abril, quien fue invitada a formar parte del estudio después de que, en una conversación informal, compartiera que había sido diagnosticada con VPH. Tras explicarle los objetivos de la investigación, aceptó participar de manera voluntaria, narrando su experiencia emocional, social y relacional en torno al diagnóstico.

El tercer participante es Javier, hombre de 31 años, quien fue contactado mediante una publicación realizada en la red social Facebook, en la que se solicitaban personas diagnosticadas con VPH interesadas en compartir su experiencia con fines académicos. Posteriormente, se estableció comunicación directa con él y aceptó participar voluntariamente.

A los participantes se les ofreció la posibilidad de resguardar su identidad mediante el uso de seudónimos; sin embargo, decidieron voluntariamente utilizar sus nombres reales para compartir su historia.

Los criterios de inclusión fueron: haber recibido un diagnóstico de VPH y estar dispuesto(a) a compartir la experiencia vinculada a dicho diagnóstico.

Tabla 3**Identificación de participantes y técnica de recolección de información**

Nombre	Técnica utilizada
Araceli	Autoetnografía
Abril	Entrevista semiestructurada
Javier	Entrevista semiestructurada

Nota. Elaboración propia

Tabla 4**Identificación de participantes de la segunda fase**

Nombre	Lugar de entrevista	Lugar de origen
Araceli	El Susto Hidalgo	Tulancingo de Bravo
Abril	Pachuca	Ciudad de México
Javier	Tulancingo de Bravo	Tulancingo de Bravo

Nota. Elaboración propia

4.10 Aspectos éticos de la investigación

Antes de iniciar las entrevistas, se explicó a los participantes el objetivo de la investigación, señalando que la información recabada sería utilizada con fines académicos y su derecho a retirarse del estudio en cualquier momento. Asimismo, se solicitó su autorización para realizar la grabación en audio de las sesiones. Una vez que conocieron y aceptaron estas condiciones, procedieron a firmar el consentimiento informado correspondiente (Véase anexo 5).

Inicialmente se propuso el uso de seudónimos con el fin de resguardar la identidad de las personas participantes. Sin embargo, tanto Abril como Javier manifestaron explícitamente su deseo de utilizar su nombre real dentro del estudio. Esta decisión fue respetada, previa explicación de los posibles alcances de exposición académica del trabajo y asegurando que su participación era completamente voluntaria.

4.11 Procedimiento

El día 18 de agosto de 2025 se acudió con el Dr. Santos Noé Herrera Mijangos, asesor de la presente tesis, con el propósito de revisar el tema y los objetivos de la investigación. Durante la reunión se delimitó el objeto de estudio y se establecieron los objetivos que orientarían el desarrollo del trabajo.

Durante el transcurso de septiembre a diciembre se realizó la búsqueda y revisión de material bibliográfico con el propósito de sustentar teóricamente la investigación y contribuir a la elaboración de la guía de entrevista.

El 1 de enero se inició el ejercicio de autoetnografía como primer caso de análisis, con la finalidad de afinar tanto la guía de entrevista como los objetivos planteados.

El 13 de enero se realizaron modificaciones a la guía de entrevista y, en consecuencia, se ajustó también el ejercicio autoetnográfico.

El 19 de enero, una vez definida la guía de entrevista, se comenzó con la búsqueda de participantes.

El 27 de enero se llevó a cabo la primera entrevista en Pachuca de Soto, con una duración aproximada de 60 minutos.

El 28 de enero, a las 10:00 a.m., se publicó una convocatoria a través de Facebook en un grupo de autoayuda dirigido a personas con VPH. Ese mismo día, por la tarde, se obtuvo respuesta de una persona interesada en participar, por lo que la entrevista se realizó a las 8:00 p.m. mediante videollamada.

A partir del 29 de enero se inició el proceso de transcripción de las entrevistas, así como la elaboración de los mapas conceptuales y la construcción de las novelas narrativas derivadas del análisis de la información. El procesamiento de los datos se realizó de manera manual, organizando y categorizando la información con base en los ejes que orientaron la investigación.

CAPITULO 5. Resultados

En este capítulo, se podrá acceder a las experiencias, significados y contextos que atraviesan la temática abordada, con el propósito de comprender las dinámicas sociales y emocionales. Todo ello se presenta desde una mirada etnográfica y autoetnográfica, incorporando la experiencia personal de la investigadora como recurso de análisis y reflexión. Con el fin de diferenciar ambas perspectivas, los fragmentos correspondientes a la autoetnografía se presentan entre comillas y en cursivas, permitiendo una distinción más clara y accesible para la persona lectora.

5.1 ¿Quién es Araceli?

Araceli nació el 29 de enero del 2001 en Tulancingo de Bravo, pero creció en una pequeña comunidad, de no más de dos mil habitantes, llamada El Susto. Un lugar que, desde su propia percepción, se encuentra a medio camino entre Tulancingo y Pachuca; una comunidad profundamente arraigada a tradiciones antiguas como la fiesta patronal que se celebra año con año cada 15 de mayo, a creencias religiosas y la elaboración de tortillas hechas a mano. Es un espacio donde la figura paterna suele estar ausente, ya que la mayoría de los hombres se dedica al trabajo de camionero, y su familia no fue la excepción.

Creció en una familia tradicional y profundamente unida, donde el problema de uno se convertía en el problema de todos. Es la tercera de cuatro hijos: tres mujeres y un hombre. Su infancia transcurrió en un núcleo familiar sano, entre juegos con tierra y manos constantemente sucias. Aunque existieron carencias económicas y una presencia paterna intermitente debido al trabajo, estas circunstancias no definieron su infancia. Por el contrario, estuvo marcada por la figura de una madre valiente y aguerrida, una mujer que siempre hizo lo posible — y lo imposible— por sacar a su familia adelante.

Su madre es una mujer atravesada por miedos, pero también por una fortaleza admirable. La educó bajo la idea de “darse a respetar” y mantener a Dios en el corazón, principios fundamentales para su vida. Una mujer de pensamiento tradicional, influida por el peso del “qué dirán”, valores que influyeron de manera significativa en la formación personal y emocional de Araceli.

5.2 Educación sexual desde el silencio

Aquellos valores dejaron poco espacio para hablar abiertamente sobre el cuerpo y la sexualidad, temas que durante su infancia y adolescencia permanecieron casi invisibles dentro de la dinámica familiar. Recordar con exactitud el primer momento en que alguien le habló de sexualidad se presenta con ambigüedad; creció rodeada de mujeres lo que le permitió conocer, de manera fragmentada y tácita, ciertos aspectos como la menstruación y el embarazo, aprendidos más por observación que por palabras.

“Crecí rodeada de mujeres lo que me facilitó comprender tal vez ciertas cosas, como la menstruación, pero, aunque era algo común en mi hogar, también era algo muy privado y reservado”

Aun así, hay un recuerdo que permanece nítido. Tenía quince años cuando su cuerpo dio esa primera señal. Se acercó a su madre para compartir la noticia, quizá esperando algo más que una solución inmediata, tal vez una conversación, una explicación, una presencia. Su madre salió a la tienda y regresó con un paquete de toallas sanitarias. Ese fue todo el intercambio. En lo más profundo, habría deseado que su madre se quedara un poco más a su lado, que le hablara de lo que estaba ocurriendo en su cuerpo.

Esa misma tarde se lo contó a una prima. La prima respondió con naturalidad y le narró cómo su madre, cuando le ocurrió por primera vez, le explicó con paciencia la importancia de saber acomodarse las toallas, le habló de los cólicos y de las formas de aliviarlos. Después, casi sin pensarlo, comenzó a preguntarle si su mamá también le había hablado de todo eso. Araceli asintió. Dijo que sí, aunque no fuera verdad. Le avergonzaba admitir que no. Araceli sabía que su madre siempre habría estado dispuesta a ayudarla si ella se lo pedía; así había sido y así seguía siendo, sin importar el tema.

“Yo sabía que era la menstruación y sabía que tarde o temprano iba a llegar a mi vida, pero aun así no alcanzaba a dimensionar sus efectos y con ello los cambios que iba a tener mi cuerpo y mi mente, me hubiera gustado tal vez un poco más de cercanía con mi mamá en esa etapa”

Hubo momentos en los que deseó un poco más de apertura, una palabra dicha a tiempo, una conversación que no necesitará ser solicitada. No porque desconociera esas cuestiones — muchas las aprendió en la escuela—, sino porque comprendió que hay momentos en los que hablar del cuerpo y la sexualidad desde el cariño resulta mucho más significativo que hacerlo únicamente desde un lugar académico.

Este tipo de gestos fue construyendo, casi sin notarlo, un ambiente donde la confianza para hablar sobre la sexualidad y todo lo que la rodea era escasa. El tema se volvía incómodo y bochornoso, algo que convenía evitar; mientras menos se nombrara, mejor. Así, el silencio se convirtió en una forma de cuidado, aunque también en un límite.

“Recuerdo en mi infancia algo hoy me provoca cierta gracia. Cuando veíamos alguna telenovela en familia y aparecían personas dándose un beso, mi madre apagaba la televisión o nos pedía que cerráramos los ojos. En ese momento nosotros obedecíamos sin cuestionar, hoy en día veo esos gestos tiernos y hasta divertidos, pero si considero que dejaron huella. Como llevar una sexualidad reprimida.”

Creció rodeada de ideas y de un discurso constante que sostenía que el valor de una mujer residía en la forma en que sabía “darse a respetar”. Bajo esa lógica, tener novio durante la adolescencia no era una posibilidad, y así ocurrió. Mientras tanto, observaba a sus compañeras de secundaria atravesando por esa etapa peleando por niños y teniendo novios, de manera casi inconsciente, comenzó a instalarse en ella una sensación de superioridad. Ellas se interesaban por tener novio, maquillarse o empezar a salir; Araceli, en cambio, percibía todo aquello como algo meramente superficial. Se repetía que era tiempo de estudiar, no de distraerse con asuntos que consideraba secundarios.

Creció en un entorno profundamente conservador. Donde a veces mencionar las partes de su cuerpo por su nombre, como pene y vagina era casi como una ofensa. Esas partes del cuerpo se veían como algo muy íntimo y mencionarlas o hacer alusión de ellas era inapropiado.

“En una ocasión, durante la preparatoria, se impartió un taller sobre relaciones sexuales. Una de las dinámicas consistía en mencionar las formas en que, de manera coloquial, se suele nombrar a la vagina y al pene. Para la mayoría del salón, el ejercicio resultó divertido y provocó carcajadas; para mí, en cambio, fue profundamente penoso y me reservé a participar. Yo sentía cómo el rostro se me encendía, deseando que la tierra me tragara. Mi incomodidad fue tan evidente que algunos de sus amigos no tardaron en notarlo y comentármelo. Creo que tiene que ver con que en mi casa nunca se habló de estos temas y, de pronto, aparecieron de golpe; lo viví como una especie de bombardeo.”

Otra idea con la que Araceli creció fue la de que las relaciones sexuales existían únicamente con el propósito de tener hijos y que, una vez ocurrido un embarazo, no quedaba más alternativa que abandonar todo para convertirse en madre y esposa. Esa imagen la llenaba

de terror.

“Embarzarse en mi pueblo significaba dejar la escuela, alejarse de los amigos hombres porque, estando casada, ¿cómo hablar con otro que no fuera tu esposo? dedicarse por completo al hogar e incluso irse a vivir con la madre del padre de su hijo. Pedir permiso para salir, para moverse, para existir.”

La sola idea de un embarazo le provocaba un miedo profundo y persistente. Con el paso del tiempo, Araceli llegó a pensar que su vida podría estar mejor sin hijos. En aquellos años, ese pensamiento no nacía tanto de una decisión personal, sino del peso de las consecuencias sociales que observaba a su alrededor.

Posteriormente, esta postura comenzó a transformarse a partir de su propio proceso de crecimiento personal, el acceso a información y educación en temas de sexualidad y género, así como de las experiencias compartidas con otras personas, lo que le permitió cuestionar creencias previas y ampliar su perspectiva. Hoy comprende que muchas de esas decisiones pueden ser elegidas y que los patrones heredados pueden romperse; aun así, mantiene esa postura, consciente de que, en la práctica, al ser mujer, la mayor parte de las responsabilidades y renuncias continúan recayendo sobre ellas.

Así creció Araceli, cargando con la idea de que tener relaciones sexuales era algo malo y que un hijo, lejos de ser la gran bendición de la que se hablaba en su pueblo, representaba una responsabilidad inmensa, casi una condena.

No recuerda que su madre le hablara con claridad sobre las infecciones de transmisión sexual; como ocurría con tantos otros temas, ese terreno permanecía cubierto por el silencio. Sin embargo, la televisión y las noticias se encargaban de llenar algunos vacíos. El SIDA aparecía con frecuencia en programas donde se transmitían casos ficticios en forma de novela, lo hacían ver como una infección que ocurría solo en mujeres promiscuas o en quienes se dedicaban a la prostitución y al recibir el diagnóstico, experimentaban un fuerte impacto emocional, ya que la información tendía a difundirse en su entorno social, lo que daba lugar a juicios, estigmatización y, en algunos casos, abandono.

Pensar en ese tipo de programas hoy en día para Araceli le parece que son programas superficiales y que causan una desinformación terrible, enfocando este tipo de infecciones de transmisión sexual solamente en las mujeres.

Sin embargo, quizás por la influencia de este tipo de mensajes Araceli no veía o no se

creía candidata para una infección de transmisión sexual, ya que ella creía que eso solo ocurría cuando se mantenían relaciones sexuales con múltiples parejas.

Para ella, tanto una enfermedad de transmisión sexual como un embarazo no deseado eran consecuencia directa de una vida sexual irresponsable. Su madre repetía que, en esos tiempos, conseguir un método anticonceptivo estaba al alcance de cualquiera. Ese discurso, más que informar, reforzaba una visión punitiva de la sexualidad, donde el deseo parecía estar siempre ligado a la culpa y a la idea de castigo.

“Crecí con ideas como,” si no quieres quedar embarazada entonces no abras las piernas””.

A diferencia de otros compañeros, Araceli no considera haber crecido rodeada de demasiados mitos o creencias en torno a las infecciones de transmisión sexual. Para ella, tanto un embarazo como contraer una de ellas estaban relacionados, en esencia, con la falta de protección, con no usar métodos anticonceptivos. Sin embargo, la escasa apertura en su hogar para hablar de estos temas fue moldeando en ella una sexualidad profundamente reprimida y una dificultad constante para expresarse con libertad. Así, acciones aparentemente simples — como entrar a una farmacia y comprar un paquete de toallas sanitarias se convertían en experiencias cargadas de vergüenza.

Hubo una frase que se le quedó grabada con especial fuerza: “darse a respetar”. No hacerlo parecía implicar una pérdida de valor como mujer.

“En mi pueblo, darse a respetar era algo que involucraba directamente a las niñas, quienes tenían novio tan joven, se les devaluaba y se les juzgaba... yo creo que al final también yo entre en ese papel, juzgando a mis compañeras de la secundaria por tener novio, entonces ¿Cómo me iba a convertir en algo que yo misma en aquel tiempo igual veía mal?”

Creció cargando esas palabras como una advertencia permanente, aprendiendo a callar preguntas, deseos y miedos para no fallar a esa expectativa impuesta. En ese silencio fue construyendo una manera contenida de relacionarse con su cuerpo y con su sexualidad, siempre bajo la sensación de estar cruzando un límite invisible.

En la escuela, el primer acercamiento a la sexualidad ocurrió de una manera fragmentada y cautelosa. Araceli recuerda que, aquella primera vez, sacaron a los niños del salón y solo quedaron las niñas. La clase la impartió la directora de la primaria, su docente de aquel entonces

se trataba de un hombre, sin embargo, fue la directora la que dio la clase. Quien abordó el tema con evidente reserva y cierto pudor. Se habló de los cambios físicos a los que se enfrentarían como mujeres, pero el silencio dominó el aula. Ninguna levantó la mano. Nadie preguntó nada. Y cuando fue el turno de los niños nos sacaron a las niñas del salón y esta vez quien dio la clase fue el profesor.

Más adelante, en la secundaria, muchas de sus compañeras de primer año comenzaron a hablar de que ya les había bajado. Como ella aún no había pasado por eso, participaba poco en esas conversaciones, escuchando más de lo que decía. Lo que sí recuerda con claridad es la tensión que se generaba cuando a alguna compañera le llegaba el periodo y no llevaba una toalla sanitaria. La situación se vivía como una emergencia, casi como un peligro inminente.

“Pedir una, se sentía humillante, y cuando finalmente aparecía, la pasábamos de mano en mano con discreción, casi como de contrabando, como si aquello que circulaba fuera droga”.

En la preparatoria, Araceli comenzó a interesarse un poco más en tener novio, en maquillarse y en otras cosas propias de la edad. Sin embargo, no lograba concebir que tener novio implicara necesariamente tener relaciones sexuales; esa idea simplemente no existía en su horizonte.

“Para mi tener novio involucraba como tomarse de la mano, hablar, compartir momentos, ir al cine no veía más allá, no se... ni lo pensaba, quizás era muy inocente o ingenua para mi edad”

Hablaba de estos temas con su mejor amiga, sí, pero de manera superficial, sin profundizar demasiado. Incluso entonces, la sexualidad seguía siendo un territorio difuso, presente pero distante, del que se hablaba apenas lo suficiente para no quedarse completamente al margen.

“En alguna ocasión mi amiga estaba cerca de unas compañeras quienes hablaban de sus experiencias sexuales, recuerdo que mi amiga se súper apeno y se fue, después me conto lo que había escuchado con cierta pena y las dos estábamos incrédulas, no podíamos creer que otras compañeras ya habían comenzado su vida sexual tan jóvenes, decíamos.

Fue en la universidad donde el panorama de Araceli cambió por completo. Allí, rodeada

de nuevos espacios y otras voces, comenzó a mirar las relaciones sexuales desde un lugar distinto, más amplio y menos cargado de culpa. Su círculo de amistades le mostró que el sexo no existía únicamente con el fin de tener hijos, sino también como una forma de placer, de exploración, de conocimiento propio y de descubrimiento. Poco a poco, empezó a desmontar la idea con la que había crecido: que el valor de una mujer dependía de si sabía o no “darse a respetar”.

Araceli creció en un entorno católico, donde desde temprana edad escuchó en la iglesia que era importante llegar virgen al matrimonio y que una mujer que había estado con más de un hombre era mal vista ante los ojos de Dios. En ese discurso, la figura femenina aparecía ligada a la obediencia, la sumisión y el recato.

Se enseñaba que una mujer debía ser respetuosa, discreta y contenida, mientras que cualquier forma de exploración personal —masturbarse, nombrar el pene o la vagina, incluso sentir curiosidad— era considerada inapropiada, incorrecta o pecaminosa.

Ese ambiente reforzó el silencio que se mantenía sobre la sexualidad en su hogar. Con el tiempo, esas ideas se tradujeron en dificultad para expresarse con libertad, en una constante autocensura y en una relación tensa con su propio cuerpo, como si habitarlo plenamente implica siempre estar cruzando un límite moral.

5.3 Amistad, primer amor y las huellas que deja la preparatoria

La preparatoria suele ser, para muchos, el primer territorio de desprendimiento. Es la etapa en la que se comienza a tomar distancia del núcleo familiar y a descubrir rostros nuevos, ideas ajenas y pensamientos propios que, poco a poco, van delineando una personalidad distinta. Para ella, no fue la excepción.

Durante la primaria y la secundaria, la escuela había estado a apenas unos metros de su casa. Todo resultaba cercano y predecible: las mismas calles, los mismos rostros, la misma sensación de resguardo. La preparatoria, en cambio, exigía un desplazamiento mayor. Implicaba subir al transporte público, recorrer kilómetros y alejarse —por primera vez— de ese espacio cómodo y conocido que había sido su refugio.

Ingresar a la preparatoria significó enfrentarse a la ausencia cotidiana de su familia y a la presencia constante de desconocidos: nuevos compañeros, nuevos maestros, nuevas dinámicas. Fue un desafío profundo, cargado de incertidumbre, pero también una puerta abierta.

Una oportunidad para experimentar, para atreverse a maquillarse, para mirarse con otros ojos y comenzar a descubrir quién era realmente, mientras aprendía a relacionarse con personas distintas a ella.

“La preparatoria fue una de las etapas más importantes y bonitas de mi vida. Viví momentos inolvidables: me rompieron el corazón, conocí a mi primer novio y encontré a quien sería mi mejor amiga.”

Su mejor amiga, Nat, era una niña que, a simple vista, parecía no tener nada en común con ella. Sus gestos, su manera de hablar y hasta su forma de mirar el mundo parecían venir de lugares distintos. Sin embargo, con el paso del tiempo, fue descubriendo similitudes profundas, casi invisibles al inicio. Sus familias funcionaban de maneras sorprendentemente parecidas, con silencios compartidos y afectos contenidos. Sin darse cuenta, dejó de quererla solo como amiga y comenzó a verla como una hermana que la vida, de manera inesperada, le había regalado.

La relación entre ellas durante la preparatoria a veces parecía confusa. En ciertos temas no lograban ponerse de acuerdo y sus opiniones chocaban con frecuencia. Sin embargo, con el paso del tiempo, esas diferencias, lejos de fracturar la amistad, terminaron fortaleciéndola, como si cada desacuerdo les enseñara a comprenderse mejor.

En la preparatoria, lejos de hablar abiertamente de relaciones sexuales o de temas similares, sus conversaciones giraban en torno a asuntos más cotidianos: los niños que les gustaban, el maquillaje, las citas, las dinámicas familiares y todo aquello que formaba parte de su mundo inmediato. Ambas provenían de familias profundamente conservadoras, y ese origen marcaba los límites de lo que se atrevían a nombrar.

Por eso, cuando surgían los primeros temas relacionados con la sexualidad, los abordaban con una mezcla de curiosidad e inocencia, casi a medias, sin demasiadas palabras ni certezas.

Su primer novio fue Joel. La conquistó con cartas escritas a mano y con un Yakult diario, un gesto sencillo que terminó volviéndose ritual. Él formaba parte de su grupo de amigos; había llegado poco a poco, integrándose sin hacer ruido.

Cursaban el cuarto semestre cuando, de pronto, comenzaron a hablar. No hubo un motivo claro, solo la coincidencia de dos corazones rotos buscando compañía. Al principio, las conversaciones giraban en torno a aquello que dolía; después, se abrieron paso otros temas, más ligeros, más íntimos. Un día, Joel dejó de mencionar a la chica que le gustaba y empezó a

interesarse en ella: en lo que pensaba, en lo que sentía, en lo que disfrutaba. Se hicieron novios en quinto semestre. Fue una relación bonita, sana e inocente, marcada por gestos pequeños que decían mucho. Él la enamoró con cartas escritas a mano, dibujos, retratos y pinturas

Estuvieron juntos tres años y algunos meses. En ese tiempo, la relación fue creciendo junto con ellos. Poco a poco, comenzaron a surgir preguntas nuevas, inquietudes que antes no habían tenido nombre. El tema de la sexualidad apareció de manera tímida, casi silenciosa, sin imposiciones ni urgencias. No se trataba de experiencias, sino de dudas, de curiosidad compartida, de conversaciones cuidadosas que revelaban tanto interés como desconocimiento.

Ambos no habían tenido relaciones, pero Joel había estado un poco más en contacto con su sexualidad y, en ocasiones, hablaba con ella sobre algunos acercamientos que había tenido con otras niñas tiempo atrás. Esas experiencias, contadas sin detalles y con cierta reserva, le resultaban ajenas y difíciles de imaginar, pero también despertaban preguntas que nunca antes se había permitido formular. La sexualidad seguía siendo un territorio confuso, envuelto en silencios, normas familiares y una educación que había enseñado más a evitar el tema que a comprenderlo.

Aun así, esas conversaciones no generaban distancia entre ellos. Al contrario, reforzaban la confianza y abrían un espacio íntimo donde podían compartir dudas, miedos y curiosidades sin juicios. La sexualidad comenzaba a aparecer no como una experiencia vivida, sino como una idea en formación, construida a partir de palabras, relatos incompletos y una inocencia compartida que aún marcaba el ritmo de su relación.

En medio de esas conversaciones, también hablaban —con cierta timidez— de cómo imaginaban que sería su primera vez. Reflexionaban sobre los riesgos que podría implicar una relación sexual y, en general, el peligro que ambos lograban concebir con mayor claridad era el de un posible embarazo. Ese temor los acompañaba constantemente y los llevaba a imaginar escenarios futuros, a veces de manera apresurada, otras con una seriedad que contrastaba con su edad.

Hablaban, incluso, de cómo podrían enfrentarlo: de la posibilidad de interrumpir un embarazo o de continuar con él. Araceli pensaba que estaría dispuesta a abortar, aunque al mismo tiempo no podía dejar de considerar las consecuencias emocionales que un proceso así podría traer consigo. Joel, por su parte, reflexionaba sobre la carga física y emocional que

implicaría someter a una mujer a una experiencia de ese tipo, y el peso que eso tendría para ambos.

Ambos sabían que el embarazo podía prevenirse mediante el uso de preservativos. También tenían nociones generales sobre las infecciones de transmisión sexual, pero no lograban dimensionar del todo su alcance. La verdad era algo que al menos a Araceli, no le preocupaba ni notaba. Para ellos, el riesgo parecía limitado, casi lejano.

“Como ninguno de los dos había tenido relaciones, yo no me preocupaba por alguna infección, nos percibía como “limpios” entonces no había la necesidad de preocuparnos, de hecho, creo que nunca lo hablamos, lo único que alcanzamos a dimensionar fue embarazarse, nuestros ojos no veían más allá de eso”

Así, construyó la noción de que ambos estaban “limpios”, una creencia sostenida más por la confianza y la falta de información que por una comprensión real de la sexualidad y sus riesgos.

Nunca se atrevieron a tener relaciones sexuales. Tal vez fue el miedo, tal vez la inexperiencia, o quizá la suma silenciosa de ambas cosas. El deseo estaba ahí, presente, pero siempre se detenía antes de cruzar el límite. Querían hacerlo, lo sabían, pero algo —una mezcla de dudas, educación y temor a lo desconocido— los mantenía en pausa.

Así, el tiempo pasó entre intentos contenidos y decisiones aplazadas. Nunca llegaron a hacerlo, no por falta de sentimiento, sino porque ninguno de los dos supo —o pudo— dar ese paso.

Aunque durante un tiempo todo pareció marchar bien, con el paso de los años la relación dejó de ser lo que había sido. Lo que antes fluía con naturalidad comenzó a llenarse de desacuerdos, primero pequeños, casi imperceptibles, y después más constantes. A las diferencias les siguieron las discusiones, el cansancio, la irritación acumulada. Eventualmente, la relación llegó a su fin.

Aun así, no lograron soltarse del todo. Aunque ya no eran novios continuaron hablando, entrando en un ciclo repetido y desgastante: acercarse, alejarse, volver a intentarlo. Había asuntos pendientes que los mantenían atados, preguntas sin resolver y deseos postergados. Entre ellos, la idea de tener relaciones, como una frontera que nunca habían cruzado y que seguía presente, silenciosa, marcando lo que había sido y lo que ya no podía ser.

Además de todo ello, el nuevo contexto universitario abrió otras conversaciones. Su relación con Nat también había cambiado, y juntas comenzaron a tocar temas que antes permanecían en silencio. No solo con ella, sino también con sus nuevas amigas de la universidad, Araceli empezó a escuchar y a compartir historias sobre la manera en que cada una vivía su sexualidad, sus experiencias, sus dudas y sus descubrimientos.

Fue en ese espacio de diálogo donde su forma de concebir la sexualidad cambió por completo. Escuchar a otras mujeres hablar con naturalidad sobre sus cuerpos y sus decisiones dejó de parecerle incómodo o vergonzoso. Poco a poco, la conversación se volvió un lugar de aprendizaje y de reflexión compartida.

Sin embargo, hubo algo que al inicio le resultó difícil nombrar. Decir, por primera vez, que a los veintidós años seguía siendo “virgen” le provocó una sensación de pudor inesperada. Aunque ahora tenía mayor apertura, le avergonzaba un poco sentirse la única entre sus amigas que no había tenido relaciones. Esa diferencia la confrontó con sus propias decisiones y con el peso de las expectativas que, sin notarlo, había ido acumulando con el tiempo.

“En esa nueva etapa con Nata y con mis nuevas amigas de la uní donde las escuchaba hablar de su sexualidad, a mí me parecía algo extraño, pero también me parecía increíble, sentía que ese era otro nivel de confianza y madurez de mi parte, pero al mismo tiempo me sentía, rara por no saber algunas cosas y a veces solo nada más asistía con la cabeza por no saber qué decir y no desenchajar”

Impulsada por ese nuevo deseo de querer más y atrapada aún en el ciclo interminable que mantenía con Joel, Araceli tomó una decisión. Una tarde lo invitó a su cuarto, el espacio que rentaba mientras estudiaba. Ambos ya habían hablado antes sobre ese tema y, aunque en ningún momento se dijo abiertamente que ese encuentro sería para atreverse a tener relaciones, la intención flotaba en el ambiente, implícita, compartida en silencio.

Sin embargo, el nerviosismo no dejaba de crecer. Estaba ansiosa, con el cuerpo tenso y la mente llena de pensamientos encontrados. Había escuchado que dolía, que no siempre era como se imaginaba, y esa incertidumbre la inquietaba. No sabía del todo por qué estaba tan nerviosa, solo sentía el peso de lo desconocido y la mezcla de expectativa y temor que acompañaba a ese paso que llevaba tanto tiempo postergando.

Se repetía a sí misma que ya no podía seguir posponiéndolo. No era una decisión tomada a la ligera, ni nacía únicamente del deseo. Quizá influyó la presión social, aunque no de la forma evidente o violenta que suele imaginarse. Sus amigas no la obligaban, no la empujaban ni la juzgaban. Nada de eso.

Escuchar historias ajenas, compartir risas y experiencias que no eran las suyas, la colocaba siempre en un lugar distinto. Quería pertenecer.

Así, entre la ansiedad y la expectativa, se convenció de que ese momento tenía que llegar. No porque alguien más se lo exigiera, sino porque ella misma empezaba a sentir que se estaba quedando atrás.

Finalmente, lo hicieron. Fue un momento marcado por los nervios, la timidez y la cautela.

5.4 Cuando todo se rompe: pérdidas, deudas y noches que cambian la vida

A pesar de que ella pensó que aquel era el fin de un ciclo interminable, se equivocó. De una forma u otra, nunca terminó de romper su compromiso con Joel. Él ya comenzaba a salir con otras personas, incluso a tener dos nuevas novias, mientras que Araceli apenas había besado a un extraño en un bar, estando borracha.

Aun así, en ocasiones seguía extrañándolo. Sabía que Joel ya no era el mismo y que entre ellos las cosas no funcionaban, pero había algo que no le permitía desprenderse de él del todo. Esa sensación de apego y confusión emocional no desapareció de inmediato; por el contrario, se fue intensificando con el paso del tiempo.

Fue en ese contexto cuando Araceli se enteró de su diagnóstico, justo en medio de lo que ella misma describiría como el peor escenario de su vida. Salió de la universidad y, casi de inmediato, llegó una crisis existencial. Nada había salido como esperaba. Ella imaginaba ese momento con el título en mano, un trabajo estable y la posibilidad de independizarse, pero la realidad fue otra: nadie la contrataba por no tener experiencia. Cada entrevista fallida y cada correo sin respuesta le iban dejando una ansiedad silenciosa, difícil de nombrar, que se acumulaba día tras día. Sin embargo, en ese tiempo su relación con Nat se había fortalecido como nunca antes, lo cual amortiguaba dicha situación.

Pasaban días enteros juntas, hablaban de temas que jamás habían tocado y, con la madurez que ambas habían alcanzado, el vínculo entre ellas se volvió más profundo.

Sin embargo, poco tiempo después, Nat murió. Con su muerte, Araceli quedó paralizada. Pasó tres meses en cama, incapaz de asimilar la ausencia. Nat no era solo su mejor amiga; era una de las personas más valiosas e importantes de su vida. Compartían sueños, planes y un futuro imaginado que se desmoronó con su partida. Con ella, Araceli sintió que también se despedía de esos sueños, había perdido a una hermana que la vida le había regalado y quitado sin previo aviso.

Como si aquello no fuera suficiente, su casa comenzó a llenarse de problemas, uno tras otro. Había situaciones familiares que Araceli comenzó a enterarse. Le daba miedo nombrarlas, por temor a lastimar a su familia, así que se las reservó y prefirió callarse, pero ese silencio terminó por convertirse en un peso constante. Más tarde, la familia se enteró de una deuda del pasado de su padre, una carga que terminaron asumiendo Araceli y su hermana. Aunque su hermana cubrió la mayor parte, Araceli pidió un préstamo al banco y, entre intereses, la deuda creció de forma abrupta hasta alcanzar los treinta mil pesos, una cifra que la asfixiaba.

Tiempo después, su hermano tuvo que ser hospitalizado tras un intento de hacerse daño. Ahí, en medio de la confusión y el miedo, la familia supo que no había sido la primera vez, este era su tercer intento de suicidio. Recibir una noticia así fue devastador. En una familia donde el dolor de uno se vuelve el dolor de todos, descubrir que no habían sabido por lo que uno de los integrantes estaba atravesando fue un golpe seco, imposible de esquivar.

Aquella noche en el hospital se tomó la decisión de que lo mejor era internarlo en un centro de rehabilitación. Al salir del hospital, los médicos aseguraron que no había sufrido consecuencias físicas graves, así que, sin más tiempo para procesarlo, lo llevaron directamente al centro. Araceli recordó con claridad el momento en que vio la puerta de aquel lugar: el cuerpo se le quedó inmóvil y el llanto le ganó antes de poder contenerlo. Vio a su hermano alejarse escoltado por dos hombres, firmaron los papeles y se marcharon.

El internamiento fue un proceso agotador y profundamente doloroso, sobre todo durante los primeros veinte días. No poder hablar con él ni verlo libre la desmoronaba, y el ambiente del lugar le resultaba asfixiante. Aún no lograba procesar la muerte de Nat y, de pronto, tenía que enfrentar todo aquello. Se sentía cansada, saturada, fastidiada de resistir. Nat había muerto y Araceli sentía que ya no tenía con quién desahogarse. Intentó entonces refugiarse nuevamente

en Joel, pero él ya comenzaba una relación con alguien más. Al enterarse, sintió que su mundo terminaba de derrumbarse. Quizá por todo lo que se acumulaba, aquello fue la última grieta que terminó de romperle el corazón. Joel, además, no fue del todo claro: aunque tenía novia, no dejó de buscarla. Araceli sabía que esa situación no estaba bien y no se sentía orgullosa de formar parte de esa triangulación, pero en ese momento el miedo a quedarse sola pesó más que cualquier certeza.

Araceli intentó refugiarse en él, pero con la llegada de su nueva novia la atención que Joel le brindaba era casi inexistente. Ella lo sabía, lo percibía en los silencios y en las respuestas breves, aun así prefería eso a quedarse sin él. En medio de toda la oscuridad que estaba viviendo, Joel se había convertido en una especie de luz tenue que le ayudaba a ver un poco el camino.

Con el tiempo, sin embargo, se dio cuenta de algo que ya no pudo ignorar: Joel estaba profundamente interesado y enamorado de su nueva relación. Esa certeza le rompió el corazón. Fue entonces cuando entendió que aferrarse solo prolongaba el dolor y decidió, por primera vez, dejarlo ir.

Tiempo después de su cumpleaños número 24, él le pidió que se vieran y Araceli aceptó sin pensarlo mucho. Creyó que, por fin, quería hablar de ellos; lo último que sabía era que esa relación había terminado, y la idea de volver a verlo despertó en ella una esperanza que creía dormida. Se ilusionó y se permitió imaginar posibilidades que había intentado enterrar. Pero nada la preparó para lo que escuchó. Sus palabras cayeron como un golpe seco y dejándola sin aliento.

Ese día, Joel le dijo que veinte días atrás se había realizado un examen de VPH y que el resultado había sido positivo. Le explicó que era importante que ella también se hiciera la prueba, ya que un mes antes habían tenido relaciones sin protección.

“Recuerdo que al recibir esa noticia solo me reí y pensé: después de todo lo que me ha pasado, claro que tenía que pasar por algo más. Como si la vida necesitará asegurarse de que aún podía sorprenderme.”

Él lloró y se disculpó, pero Araceli solo quería llegar a casa y contárselo a su hermana mayor.

“Cuando él me dijo todo esto yo no lo podía procesar, solo quería irme y estar ya lejos de él, cuando ya iba para mi casa y estaba sola, ahí dije, ¿Qué está pasando?, yo no lo podía creer, no me entraba en la cabeza... Yo sabía que esta situación me superaba por completo y solo necesitaba refugiarme en mi hermana, le mande un mensaje donde le preguntaba que si podíamos hablar a solas cuando llegara a la casa y recuerdo que ella me respondió que sí y me pregunto, que si estaba bien y yo todavía le dije que sí, que nada grave y que no se preocupara”.

Cuando llegó a casa, la familia estaba completa. Para poder hablar a solas, le pidió a su hermana que fueran a la tienda. Fue ahí, lejos de miradas y oídos, donde le contó todo. No pudo evitar llorar. Su hermana la escuchó con atención y le dijo que sí, que era grave, y que si necesitaba llorar, lo hiciera, que se liberara. Le habló con calma y firmeza: había que hacer algo, acudir al médico lo antes posible.

“Nadie te prepara para ese tipo de pláticas, yo no sabía qué onda y mi hermana también estaba incrédula, tampoco lo podía creer, ella compartía mi nerviosismo, mi ansiedad y recuerdo que también lloro cuando le dije, pero desde un inicio ella fue clara, vamos atenderte lo antes posible, hay que buscar un ginecólogo o ginecóloga y actuar rápido

Araceli estuvo de acuerdo, pero decidió que sería con una ginecóloga. En ese momento, sentirse acompañada por otra mujer le daba un poco más de seguridad.

Su hermana le confesó que, al recibir el mensaje, había pensado que Araceli le diría que estaba embarazada. Araceli respondió, casi sin pensarlo, que habría preferido eso mil veces eso antes que enfrentarse a la idea de tener VPH. En ese momento, lo único que sabían sobre el virus era que se trataba de una infección de transmisión sexual; no conocía más allá de eso. Ignoraba en qué consistía realmente, cuáles eran sus riesgos o qué implicaciones podía tener. Esa falta de información hacía que el miedo se sintiera aún más grande, más difuso, imposible de controlar.

“Esa noche tampoco pude dormir. Empecé a leer sobre el VPH y todos los artículos tenían en el título palabras o frases relacionadas al cáncer de útero. Claro que me preocupé más. No podía dejar de pensar porqué me estaba pasando, si apenas hacía un año había perdido mi “virginidad” y las veces que había tenido relaciones sexuales se podían contar con los dedos de una mano. Él era mi primer novio, solo había estado con él. ¿Cómo podía haber pasado esto?”

Araceli no pudo evitar pensar que su vida amorosa había llegado a su fin. Imaginó que

jamás volvería a enamorarse, que no tendría otra pareja y que ni siquiera podía permitirse sentir atracción por alguien más. Además, una idea incómoda comenzó a perseguirla: sentía que aquello era un castigo de Dios, una consecuencia por haber triangulado una relación y por no haber hecho las cosas bien. En ningún sentido, ella sabía que si no usaban condón podría pasar, pero era Joel y era el único hombre con el que había estado, ¿Que podría pasar? y aquel día que tuvieron relaciones sin protección la inquietud de un embarazo posible, se resolvía tomando una pastilla del día siguiente. La culpa y el miedo la envolvieron por completo esa primera noche.

Al día siguiente, su hermana le dijo que ya había conseguido una cita con una ginecóloga en una clínica privada de Tulancingo. Al escucharla, a Araceli se le vino a la mente la deuda y, casi de inmediato, la pregunta inevitable: ¿cómo iba a pagar la consulta? Tenía trabajo, sí, pero como asesora de personas de la tercera edad su ingreso era limitado, y los treinta mil pesos del préstamo apenas habían disminuido, pues su mensualidad era la mínima. La preocupación económica se sumó entonces al miedo.

Poco después, su hermana logró tranquilizarla. Le dijo que no se preocupara, que en ese momento ella se haría cargo. Araceli le agradeció en silencio primero, y luego con palabras, prometiéndole que en cuanto pudiera le devolvería el dinero. Aquel gesto no resolvía todo, pero le dio un respiro breve, suficiente para no sentirse completamente sola. Su hermana también la cuestionó sobre su relación con Joel. Le confesó que le molestaba profundamente que él hubiera tardado más de veinte días en decirle la verdad. ¿Por qué no se lo dijo desde el inicio?, le preguntó.

Araceli intentó explicarlo: Joel le había dicho que no quería preocuparla, que tenía la esperanza de que sus estudios salieran negativos y que, si así era, no pensaba decirle nada. Solo cuando el resultado fue positivo —dijo— se vio obligado a hablar.

Su hermana no dudó en responderle.

“Recuerdo que me dijo que eso no había sido justo, que había sido un acto profundamente egoísta. Que no podía estar con alguien que me arrebatara el derecho de decidir, porque aquella no era solo una situación incómoda o bochornosa, sino algo que involucraba directamente mi salud, me recordó que, si de verdad había cariño, ese silencio no tenía justificación”

Araceli no supo qué decir. Las palabras se le quedaron atoradas en la garganta. Pero, en el fondo, sabía que su hermana tenía razón. Aunque doliera aceptarlo, la verdad estaba ahí, clara y contundente, y no podía seguir ignorándola.

5.5 Entre el dolor y la incertidumbre: médicos, estudios y el peso del miedo

La cita fue en una clínica de Tulancingo. Araceli se sentía relativamente tranquila; en la preparatoria había sufrido un accidente automovilístico y había recibido atención ahí mismo, la cual fue impecable. Ese recuerdo hacía que el lugar le resultara familiar, casi seguro, aunque la ansiedad seguía presente porque no sabía con exactitud qué iba a ocurrir.

La ginecóloga llegó quince minutos tarde, visiblemente apresurada, pidiendo disculpas. Explicó que había olvidado su bolso en un restaurante y tuvo que regresar por él.

Con seriedad, le preguntó cuál era el motivo de la consulta. Araceli, con un poco de pena pero reuniendo valor, le contó lo sucedido y confesó su miedo a obtener un resultado positivo. La doctora dejó de teclear, levantó la vista y, con una voz firme, le dijo que seguramente sí estaba contagiada. Luego le explicó que el VPH era un virus muy común, que de cada cien personas noventa y ocho eran portadoras, y que no tenía nada de qué preocuparse. Sin embargo, el tono y la forma en que lo dijo no la tranquilizaron; al contrario, la hicieron sentirse peor. Araceli no supo si la intención de esas palabras era aliviarla, pero hicieron todo lo contrario.

Incluso añadió que los estudios no tendrían demasiada relevancia, porque lo más probable era que salieran positivos. Aquellas palabras, lejos de darle calma, terminaron por hundirla aún más.

“Cuando escuché a la ginecóloga decir, si lo tienes, con tanta naturalidad y frialdad sin ni siquiera antes haberme hecho los estudios para mí fue devastador, sentía que se me había acabado mi mundo, me preocupé mucho y sentí mucha culpa y vergüenza.”

La ginecóloga le realizó un Papanicolaou y una colposcopia. La ginecóloga le dijo que no había lesiones aparentes en la parte externa, sin embargo, no contaba con esa misma suerte, pues al revisar el cuello uterino. Comenzó a aplicar algunos líquidos y, tras unos segundos, le informó que había encontrado una lesión. Aquello la llevó de inmediato a recordar lo que la doctora había dicho al inicio: que las lesiones podían tardar hasta dos años en manifestarse. Entonces pensó, con un nudo en el estómago:

“Apenas llevo un mes con este virus y ya tengo una lesión. Eso me hizo pensar que era grave y mi miedo aumentó.”

La idea la dejó suspendida en una mezcla de miedo, confusión y culpa, como si el tiempo se hubiera desordenado de pronto y ya no pudiera distinguir el antes del después.

Figura 1

Resultado de estudio de colposcopia con diagnóstico de lesión cervical por VPH



Dra. L. A. R. R.
Ginecología y Obstetricia

24 años
Fecha de Revisión 12/02/2025

Colposcopia

VULVA Y VAGINA:		
Vulva y región perineal sin lesiones visibles, Vagina con mucosa vaginal color rosa, con presencia de abundante moco hialino no fétido.		
COLPOSCOPIA:	CERVIX:	ZONA TRANSFORMACIÓN:
Adecuada	Eutrófico central	Tipo 1
SUPERFICIE:	BORDES:	EPITELIO ACETOBLANCO:
Plana	Positivos	Presente
PRUEBA DE SCHILLER:	Positivos	
DIAGNÓSTICO COLPOSCOPICO:		
- Probable Lesión Intraepitelial cervical de bajo grado - Ectropion cervical		
OBSERVACIONES:		
Cérvix eutrófico central, unión escamocolumnar visible, zona de transformación tipo 1, colposcopia adecuada, no se visualizan lesiones exofíticas en cuello, sin presencia de vasos atípicos, epitelio acetoblanco presente en 2 cuadrantes inferiores dentro de ZT en, captación parcial heterogénea de Yodo Lugol amarillo mostaza en cuadrantes inferiores, Prueba de Schiller Positiva.		
PLAN DE TRATAMIENTO:		
Se indica tratamiento local Revaloración con Reporte de Citología y valorar toma de Biopsia Cervical.		

Nota. Resultado de estudio de colposcopia que evidencia diagnóstico clínico asociado al VPH. Documento personal de la autora (2025).

La ginecóloga le dijo que tenía una lesión causada por VPH y que le daría tratamiento. Araceli preguntó cuándo estarían listos los resultados de los estudios y la doctora respondió que en veinte días. Le recetó óvulos y tubos de gel. La consulta tuvo un costo de mil quinientos pesos.

Al salir del consultorio, Araceli se lo contó todo a su hermana. Ella no dijo nada, pero su silencio y la expresión de preocupación en su rostro fueron suficientes. Juntas fueron a la farmacia y preguntaron por el medicamento. Al escuchar el precio del gel, Araceli se quedó muda. Había calculado que el tratamiento rondaría los mil pesos, pero la realidad fue muy distinta: el gel era mucho más caro de lo que había imaginado.

Entre los óvulos, el gel y la terapia, ese día su hermana gastó cinco mil pesos, y aun así el tratamiento no estaba completo, ya que el gel debía usarse durante treinta días. Araceli se sentía abrumada y desesperada, no solo por el diagnóstico de VPH, sino por todo lo que aún faltaba: los estudios, el resto del tratamiento y la posibilidad de tener que pagar las vacunas contra el virus, de las que Joel le había hablado y que costaban alrededor de tres mil pesos cada una. La preocupación económica se sumaba al miedo, volviendo todo todavía más pesado de sobrellevar.

Araceli comenzó a buscar otro trabajo y, afortunadamente, no tardó mucho en encontrar uno. No ganaba demasiado, pero al menos le permitía reunir lo necesario para cubrir la mensualidad del banco.

Pasaron los veinte días y llegaron los resultados. Para entonces, Araceli ya estaba trabajando en un despacho jurídico que colaboraba con INFONAVIT, un lugar donde debía pasar la jornada entera sobre tacones, siempre bien arreglada.

“En cuanto recibí los resultados, interrumpí lo que estaba haciendo y fui al baño. Me quité los tacones, me senté en el piso frío y recé con todas mis fuerzas por un resultado favorable. El Papanicolaou decía negativo, pero la colposcopia señalaba: probable lesión por VPH. Pregunté si el hecho de que el Papanicolaou saliera negativo significaba que todo estaba bien, pero la ginecóloga me respondió que no, que aun así era portadora del virus y que necesitaba realizarme un PCR para “normar conducta”.”

Araceli intentó hacerle más preguntas, pero las respuestas de la ginecóloga fueron frías y evasivas. Insistía en que debía agendar otra cita para aclarar cualquier duda. Araceli trabajaba en Pachuca y no podía faltar, así que trató de ponerse de acuerdo con ella; sin embargo, al ver

que los horarios no coincidían, la doctora dejó de responder sus mensajes.

Entonces comprendió que no volvería a contestarle a menos que fuera para agendar una nueva consulta. Se quedó sola, cargando con las dudas y con una incertidumbre angustiante, sin saber con certeza qué era exactamente lo que tenía. Araceli se sentía devastada, con un golpe profundo en la autoestima. Una idea regresaba una y otra vez a su mente.

Era inevitable pensar esto no habría pasado si me hubiera dado mi lugar. (Autora, autoetnografía, 2026).

Figura 2

Resultado de citología cervicovaginal (Papanicolaou)

CITOLOGÍA CERVICOVAGINAL

DRA. PRESENTE. FECHA DE DIAGNOSTICO: 20 DE FEBRERO DE 2025.

PACIENTE: A	FECHA DE TOMA: 12-FEB-2025.
EDAD: 24 AÑOS	FUR: 06-ENE-2025.
DATOS CLINICOS: G-0. PROBABLE LESION DE BAJO GRADO POR COLPOSCOPIA.	
TIPO DE MUESTRA: CITOLOGIA CERVICO VAGINAL.	
CALIDAD DE LA MUESTRA: ADECUADA C-25-341.	

INTERPRETACION-RESULTADO:

PAPANICOLAOU NEGATIVO A LESION INTRAEPITELIAL O MALIGNIDAD (NILM).

DESCRIPCION MICROSCOPICA: En el preparado citológico se observan cambios en la flora vaginal sugestivos de proceso infeccioso.

I CÉLULAS DEL EPITELIO ECTOCERVICAL Y VAGINAL:

CÉLULAS SUPERFICIALES:	20%
CÉLULAS INTERMEDIAS:	60%
CÉLULAS BASALES:	20%
VALOR ESTROGENICO:	50

II CÉLULAS DEL EPITELIO ENDOCERVICAL Y/O ENDOMETRIAL: Metaplasia escamosa.

III OTROS ELEMENTOS:

FLORA BACTERIANA: +++ (Bacilar)

POLIMORFONUCLEARES: +++

HISTIOCITOS: ++

CITOLISIS: Negativo.

ERITROCITOS: Negativo.

TRICHOMONAS: Negativo.

HONGOS: Negativo.

OTROS: Negativo.

IV.-Notas aclaratorias. Se sugiere tratamiento y repetir estudio citológico.

QR CODE

ULTRASONIDO > RAYOS X > TOMOGRAFÍA > CONE BEAM (IMAGEN MAXILOFACIAL) > RADIOGRAFÍAS DENTALES
> MASTOGRAFÍA > TOMA DE BIOPSIAS > DENSITOMETRÍA > LABORATORIO (SANGRE Y ORINA)

Nota. La imagen muestra un informe de citología cervicovaginal con resultado negativo para lesión intraepitelial o malignidad. Documento personal de la autora (2025).

La frase con la que había crecido —“darse a respetar”— adquiría, en ese momento, un peso abrumador, como si de pronto explicara todo.

“Yo solo pensaba todo se había acabado. Que no volvería a tener novio ni a enamorarme otra vez. No quería ser la causa de que alguien más se contagiara, ni cargar con la culpa de arruinar también la vida amorosa de otra persona. Me dolía sentir que, siendo tan joven, había echado casi todo por la borda, como si mi futuro se hubiera cerrado antes de haber comenzado del todo.”

Tiempo después, Araceli agendó una cita con su psicóloga. Desde lo ocurrido con su hermano no había tenido una sesión individual; todas habían sido familiares y centradas en él. Esa vez habló de todo: de la deuda, de los problemas con su padre, de cómo se sentía por lo de su hermano, de cuánto extrañaba a Nat y de su situación con Joel.

Al hablar de él, no pudo evitar llorar. Lloró al intentar explicar por qué lo extrañaba tanto y también al reconocer lo tonta que se sentía por seguir haciéndolo, aun sabiendo que ya no era un lugar seguro para ella.

Justo cuando la sesión estaba por terminar, Araceli agregó que tenía VPH. La psicóloga se sorprendió y le preguntó por qué no había comenzado por ahí. Araceli no supo qué responder. Entonces le contó cómo se había contagiado, todo lo que pensaba al respecto y el miedo profundo a cómo eso podía afectar su vida.

La psicóloga la escuchó con atención y, con seriedad, le dijo que en ese momento lo más importante era su bienestar físico. Le habló del cansancio extremo que estaba cargando, de ese deseo constante de que todo terminara, y la confrontó

“Lo más importante ahora es tu bienestar físico. Sé que tienes ganas de morirte y que todo pase, pero piensa de qué manera, de qué forma, te quieres morir... ¿de cáncer?”

Al escuchar esas palabras, Araceli entendió que había llegado el momento de buscar otra ginecóloga y de comenzar a preocuparse verdaderamente por sí misma. Comprendió que, si descuidaba su salud y llegaba a enfermar gravemente, el dolor no sería solo suyo, sino también de su familia. Pensó, además, en las consecuencias prácticas, en los gastos médicos que podrían volverse insoportables. Por primera vez en mucho tiempo, cuidar de sí misma dejó de

ser una idea lejana y se convirtió en una urgencia.

Hasta entonces, Araceli no había compartido el tema con nadie más. Las únicas personas que lo sabían eran su hermana y Joel. Hablar de ello la colocaba en una situación incómoda y vergonzosa, incluso con sus amigas de la universidad.

El silencio le parecía más fácil que exponerse al juicio o a las preguntas que no sabía cómo responder.

Sin embargo, tiempo después llegó a pensar que la vida la había puesto en ese trabajo por una sola razón, conocer a su amiga Abril... Trabajaban en un ambiente laboral tóxico, marcado por la envidia y la competencia constante entre sus compañeras. Sin embargo, un día el despacho hizo algunos cambios y una nueva compañera llegó a ocupar el escritorio que se encontraba junto al suyo. Contra todo pronóstico, entre ellas se generó un ambiente de confianza y lejos de competir como a diferencia de sus compañeras, se apoyaban mutuamente.

Un día, sin tabúes y casi sin darse cuenta de cómo ocurrió, el tema salió a la conversación y Araceli decidió contarle lo que estaba pasando, aun cuando apenas la conocía. Para su sorpresa, Abril le dijo que había vivido algo similar. Aquello fue reconfortante, no porque compartieran la experiencia, sino porque Araceli encontró, por primera vez, a alguien que la entendía de verdad, alguien capaz de comprender su dolor y su incertidumbre sin juzgarla.

Comenzaron a hablar de sus experiencias y de cómo se sentían. Ese día, Araceli entendió que no era la única atravesando por algo así y que no debía sentir vergüenza ni miedo de nombrar lo que le pasaba. Fue un alivio inesperado, pequeño pero profundo, que marcó el inicio de una forma distinta de mirarse a sí misma.

Un jueves —lo recordaba con claridad porque era un día festivo— Araceli tenía cita con otra ginecóloga. La consulta estaba programada para las cinco de la tarde, pero no la atendieron sino hasta las seis y media; el consultorio estaba saturado de pacientes. Cuando por fin entró, todo ocurrió con prisa, como si el tiempo no alcanzara y alguien más ya estuviera esperando afuera.

Le contó toda la situación: el diagnóstico, el miedo, la experiencia con la ginecóloga anterior. Sin rodeos, la doctora comenzó a reprenderla. Le cuestionó por

qué había seguido las indicaciones de la otra especialista. Araceli respondió que porque se suponía que ella era la experta, que no tenía por qué dudar ni cuestionar lo que le decían.

“Recuerdo que la ginecóloga comenzó a regañarme y a decirme que porque le había hecho caso a la antigua ginecóloga, yo le dije algo como que pues que podía hacer, mi confianza estaba en ella y se suponía que ella era la experta, a lo que la ginecóloga me respondió, siempre que vayas a un lugar cuestiona y pregunta no pasa nada pero yo le respondí... yo fui con mucho miedo y me mostré muy vulnerable, tal vez si debí preguntar y cuestionar, pero en aquel entonces mi miedo y culpa no me dejaron ver más allá”.

Entonces la ginecóloga le hizo ver algo que, en el fondo, Araceli sabía que era cierto: la otra doctora no tenía por qué asegurar que tenía VPH sin antes contar con los estudios correspondientes. Tampoco debió recetarle un gel para lesiones por VPH sin esperar los resultados de las pruebas. Y, mucho menos, debió dar por válido un resultado de colposcopia que solo señalaba una “probable lesión”.

“Me explicó que eso no tenía sentido. Era —según sus propias palabras— como hacerse una prueba de embarazo y que el resultado dijera “probable embarazo”. O estás embarazada o no lo estás. No hay punto medio.”

Araceli le mostró los estudios y, después de revisarlos con detenimiento, la ginecóloga le dijo que no creía que tuviera VPH. Le explicó que, más bien, presentaba una condición genética que hacía que su cuello uterino tuviera ese aspecto. Le mencionó el nombre de la condición, aunque Araceli no logró comprenderlo del todo. Aun así, la doctora fue clara: no consideraba que estuviera relacionada con el VPH.

Sin embargo, para que pudiera estar completamente segura y disipar cualquier duda, le recomendó realizarse un estudio PCR. Araceli le preguntó en qué consistía el examen y la ginecóloga le explicó que era similar a los anteriores. Debió notar su incomodidad, porque le sugirió que preguntara si podía realizarse por vía suero. Araceli no estaba segura de que eso fuera posible, pero aceptó intentarlo.

Salió de esa consulta sintiéndose completamente distinta a la vez anterior: más tranquila, reconfortada, incluso feliz. Se lo contó a su hermana y ella también se alegró. Juntas acudieron a distintos laboratorios para preguntar por el estudio tal como la ginecóloga lo había mencionado, por vía suero. En algunos lugares se rieron; en otros las miraron con extrañeza y les dijeron que eso no existía, que la única forma de realizar el PCR era por vía vaginal.

Al final, Araceli no tuvo otra opción y se realizó el examen por vía vaginal.

Veinte días después llegaron los resultados. Esta vez los recibió mientras regresaba a casa en el transporte público. Antes de abrirlos, hizo una oración: pidió fortaleza y sabiduría para afrontar lo que fuera que dijeran. Cuando finalmente leyó el resultado, el papel lo decía con claridad: **NEGATIVO**. Su cuerpo no presentaba ningún tipo de VPH.

“No pude evitar sonreír. De inmediato le mandé un mensaje a mi hermana. Ella me respondió: “Eres la favorita de Dios”. Al día siguiente, al salir del trabajo, pasé a la iglesia para dar gracias. Y ahí, sin poder evitarlo, lloré.”

5.6 La calma después de la tormenta: sanar, agradecer y volver a confiar en mí

Hoy está a punto de realizarse otro estudio, ya que la ginecóloga le indicó que debe llevar un monitoreo durante dos años. Esta vez ya no siente miedo. Incluso decidió contarle a su madre lo que vivió, no en busca de consuelo, sino para compartir su experiencia, para que supiera por lo que había pasado y lo que aprendió de todo ello. Antes no lo hacía porque pensaba que jamás lo entendería. Sin embargo, al abrirse con ella, se dio cuenta de algo hermoso: su apoyo y comprensión siempre habían estado ahí, aunque ella no lo hubiera percibido.

Su madre le confesó que, de alguna manera, ya sospechaba que algo ocurría, pero había preferido darle su espacio y respetar su tiempo. Le aseguró que no tenía nada de qué avergonzarse, y esas palabras la llenaron de alivio y amor. En ese momento comprendió que compartir su verdad no la hacía débil, sino más fuerte.

Actualmente, Araceli no tiene novio ni planes inmediatos de tener pareja. Sin embargo, recuerda que hubo un tiempo en el que estaba completamente convencida de que su vida amorosa había terminado, de que nunca más volvería a tener relaciones sexuales ni a experimentar placer. Hoy, aunque no tiene pareja, reconoce que ya no está cerrada a esa posibilidad.

Araceli recuerda que cuando Joel comenzó a salir con su novia —quien posteriormente

lo contagió— ella le juraba que era virgen. Sin embargo, al revelarle que era positiva a VPH y que tenía lesiones tanto internas como externas, también le confesó que había mentido sobre su virginidad. Ese hecho llevó a Araceli a cuestionarse por qué aquella joven había mentido sobre su virginidad. No conocía las circunstancias ni la forma en que había sido criada, pero entendía algo importante: la educación sexual en México sigue siendo muy superficial. Son pocas las familias que abordan estos temas de manera respetuosa, informada y empática.

Reconoce que aún existen muchos prejuicios y estereotipos alrededor de la sexualidad y la salud sexual en el país.

Araceli menciona:

“Claro que en México la principal causa de muerte es el cáncer de mama y la segunda causa es el cáncer de útero. Son enfermedades que tienen origen en partes del cuerpo de la mujer que nos hacen sentir más vulnerables y juzgadas. Y si a eso le sumas que no hay mucha apertura para acudir con especialistas que nos ayuden con estos temas... bueno, pues, si siento una bolita en el pecho, pero me da pena que un hombre o una mujer me vea y toque los senos; si siento mucha comezón, pero ¿cómo voy a ir y abrirme de piernas con un extraño? Yo crecí con este tipo de discursos y digo... bueno, quizás la niña que contagió a Joel creció con una educación similar que le impidió revelar la verdad”

Esa experiencia la hizo reflexionar sobre cómo manejaría este tema con una futura pareja. Tiene claro que no le gustaría que esa persona estuviera con ella sin saber lo que ha pasado; siente que su propia moral no se lo permitiría. Reconoce que será difícil: pensar en el momento adecuado, en las circunstancias, en cómo lo tomará la otra persona, si decidirá seguir con ella o no. Aun así, cree que es un riesgo que debe asumir.

Aunque sus estudios han salido negativos, el hecho de saber que el VPH puede permanecer asintomático hasta por dos años la coloca en una especie de incertidumbre: no sabe con total certeza si está enferma o si en algún momento

podría resultar positiva. Si bien eso ya no la angustia como antes, considera justo que su futura pareja lo sepa, por el bienestar de ambos. Al final, cuando se quiere a alguien, se busca su bienestar en todas las formas posibles, y esta también es una de ellas. Para ella, aprender a ser responsable implica no permitir que un momento de miedo o cobardía eche por la borda una relación construida desde la honestidad.

Araceli piensa que compartir su experiencia podría ser algo positivo para ambos, en el mejor de los escenarios en que su futura pareja lo tome bien. Sabe que sentiría miedo al rechazo y cierta ansiedad, pero su intención de compartir esta situación no sería para ser juzgada, sino que la relación marche de manera sana. Por eso, nerviosa o tranquila, cree que se lo diría. Probablemente en un lugar tranquilo y cara a cara, no por mensaje, porque considera que es un tema en el que las expresiones físicas y emocionales del otro le ayudarían a entender mejor en qué sintonía se encuentran.

Además, le gustaría fomentar en esa nueva relación una mayor responsabilidad en torno a las enfermedades de transmisión sexual. Incluso se plantea la posibilidad de que ambos se realicen estudios previos antes de tener relaciones sexuales, como una forma de cuidado mutuo y de construir un vínculo más consciente.

Hoy, Araceli entiende que es mucho más que ese diagnóstico y que haber atravesado por ello no tiene por qué detenerla. Estaba pasando por una etapa muy complicada de su vida, y el VPH llegó como un llamado de atención, para hacerla reaccionar, obligarla a moverse y darse cuenta de algo fundamental: sí, la familia es importante, pero es aún más importante cuidarse a sí misma, conocerse y procurarse. Comprendió que hacerlo no significa fallarle a su familia ni quererla menos, porque ¿cómo podría apoyarla si ella misma estaba mal?

Al mirar hacia atrás, agradece haber vivido esa experiencia. Fue muy difícil, sí, pero también le permitió salir del hoyo en el que se estaba ahogando. La hizo tomar decisiones necesarias, como alejarse de una relación que en su momento había sido significativa, pero que hoy ya no tenía futuro. Porque si algo le enseñó el VPH, es que merece más que vivir mendigando el pasado.

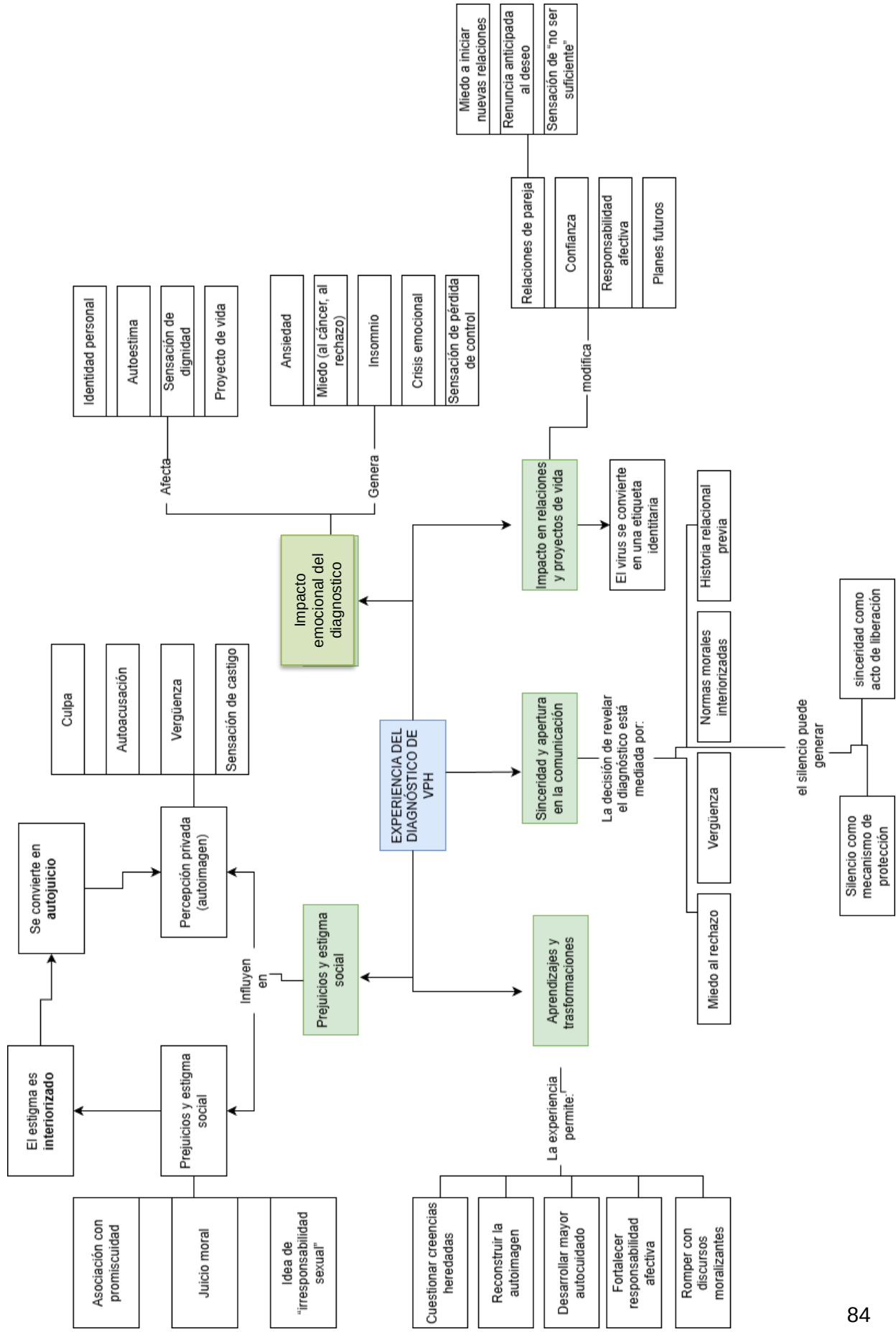
El VPH la obligó a conocerse mejor, a escuchar su cuerpo, a respetarlo y a comprender que cada parte de sí misma merece cuidado y dignidad. Aprendió que cuidar de su salud física y emocional no es un lujo, sino una responsabilidad consigo misma, y que esa responsabilidad es también la base para construir relaciones sanas y significativas en el futuro.

" Si tuviera que dirigirme a una persona que está atravesando un diagnóstico de VPH, le diría, ante todo, que es mucho más que ese diagnóstico; que este no la define ni como mujer ni como hombre, ni determina su valor como persona. Le recordaría que no debe reprimirse ni lastimarse, y que ser humano implica equivocarse, pero que esos errores no disminuyen lo que es ni lo que merece. Le insistiría en la importancia de amarse y respetarse a sí misma, así como de acudir a un especialista —ya sea una ginecóloga o un urólogo— como un acto de cuidado y responsabilidad hacia su propio cuerpo. También le explicaría que es natural enfrentarse a múltiples miedos e incertidumbres; que habrá días difíciles, pero que dentro de ese proceso también puede encontrar fortaleza. Le haría saber que llorar, sentir miedo o experimentar confusión no es señal de debilidad, sino parte del proceso de comprender, sanar y aprender. Asimismo, resaltaría la importancia de asumir una actitud responsable en la vida sexual: conocer su estado de salud, comunicarse con la pareja, utilizar métodos de protección y realizarse controles periódicos no solo es una forma de autocuidado, sino también de cuidado hacia los demás. Sobre todo, le recordaría que no está sola; que puede apoyarse en las personas que la quieren y en quienes están dispuestas a escucharla sin juzgar. Que su vida y su bienestar no están determinados por un diagnóstico, sino por la manera en que decide cuidarse, valorarse, asumir su responsabilidad y continuar avanzando."

A continuación, se presenta un mapa conceptual que sintetiza la información expuesta anteriormente.

Figura 3

Síntesis gráfica del caso de Araceli: experiencias, emociones y significados frente al VPH



Nota. Elaboración propia a partir de los hallazgos del caso de Araceli.

6. ¿Quién es Abril?

Abril nació el 7 de abril en el 2000 en el Estado de México. Ahí transcurrieron sus primeros años de vida, rodeada de su familia y entre el ajetreado movimiento de la ciudad. Sin embargo, cuando tenía 10 años, su forma y estilo de vida cambió. La enfermedad de sus abuelos obligó a tomar una decisión importante: mudarse a Hidalgo para velar por el bienestar de ellos y estar más cerca de la familia y no quedarse solos. Así, Pachuca se convirtió poco a poco en su nuevo hogar.

Su entorno familiar ha sido, en su mayoría, sano. Proviene de una familia numerosa: en su mayoría, casi todos hombres. Por parte de su padre tiene cuatro hermanos, todos hombres; por parte de su madre, tres, entre ellos una sola hermana y dos hermanos. Solo uno de ellos es menor que ella; el resto son mayores. A pesar del número, el lazo más cercano lo mantiene con la familia materna. No se trata de una familia que se nombre a sí misma como unidad, pero sí con una comunicación constante y discreta, que ha funcionado como un sostén silencioso a lo largo del tiempo.

En lo social, Abril nunca ha sido de muchas amistades. Sus relaciones han sido pocas, pero duraderas. Prefiere vínculos estables, que resistan el paso del tiempo, más que conexiones numerosas. Esa forma de relacionarse también habla de su carácter: reservada, selectiva y profunda.

Hoy, Abril está a punto de cumplir 26 años en el mes de abril, como si su nombre marcará cada nuevo comienzo. Actualmente continúa viviendo en Pachuca y atraviesa una etapa distinta de su vida. Después de años viviendo con su familia, ahora comparte su espacio con su pareja. Llevan alrededor de cinco meses viviendo juntos, construyendo una rutina propia y enfrentando los cambios que implica formar un hogar en pareja.

Abril es una mujer que se ha formado entre el cambio y la estabilidad, entre decisiones familiares y elecciones personales, entre vínculos que no siempre son cercanos, pero sí significativos.

6.1 Aprendiendo desde el silencio para no incitar

En el entorno familiar de Abril, el tema de la sexualidad nunca encontró un espacio claro dentro de su hogar. No porque no existiera, sino porque se mantenía resguardado, envuelto en

una idea de intimidad y pudor que impedía nombrarlo, se entendía como algo demasiado íntimo, algo que debía permanecer resguardado. El silencio funcionaba como una forma de protección, ante la posibilidad de “incitar”, de despertar preguntas, curiosidades o conductas que se consideraban prematuras o inadecuadas.

Ella misma logra explicarlo desde su experiencia:

“En mi familia no, no me hablaron de sexualidad. Era algo más... como muy íntimo.” (Abril en entrevista, 2026)

En su familia, el pudor marcaba los límites de lo que podía decirse y lo que debía callarse. Esta visión no solo provenía de los adultos, sino que también con el tiempo fue interiorizada por Abril, quien se reconoce como una persona a la que le cuesta hablar de estos temas incluso hoy. La relación con su hermana mayor ofrecía un espacio distinto, aunque no completamente abierto. Existía confianza, pero no desde la orientación directa, sino desde el relato de experiencias. Abril aprendía escuchando, observando, interpretando.

“Siempre me he guiado más por las experiencias” (Abril en entrevista, 2026).

Señala, dejando ver que el aprendizaje surgía más de lo vivido por otros que de conversaciones intencionadas.

Así, temas como el cuerpo, la sexualidad y sus posibles consecuencias se comprendían de manera indirecta. No a través de explicaciones claras, sino como advertencias implícitas: lo que no debía hacerse, lo que podía evitarse, lo que traía consecuencias. Hablar o nombrar la sexualidad se percibía como una incitación a conductas inapropiadas, el silencio dentro de la dinámica familiar terminaba funcionando, de cierta manera, como una forma de protección.

“Es un tema muy, como muy mal visto, es muy íntimo. A lo mejor muchas personas son muy pudorosas con su intimidad sexual. Entonces, siento que hablar de eso, a lo mejor para mí, en mi familia, era algo muy como para incitar, a lo mejor.” (Abril en entrevista, 2026).

En este contexto familiar, Abril fue aprendiendo desde el silencio y de relatos fragmentados, experiencias ajenas y advertencias implícitas.

El silencio no era absoluto, pero sí selectivo: se hablaba desde la vivencia, no desde la educación.

La figura materna aparecía como una referencia lejana en el tiempo. Su mamá compartía algunas de sus propias experiencias —embarazos, relaciones, decisiones—, pero no como una

guía directa, sino como historias que Abril observaba y de las cuales extraía conclusiones por sí misma. Eran relatos que funcionaban más como advertencias que como orientación clara, y que reforzaban la idea de que la sexualidad debía manejarse con cuidado, discreción y responsabilidad. En contraste, fue la hermana mayor quien ocupó un lugar más cercano y tangible en ese proceso. Desde la adolescencia de ambas, cuando Abril tenía alrededor de quince años, entre ellas comenzó a tejerse una apertura distinta. Con su hermana, la información no se transmitía desde una norma, sino desde la confianza. Ella se mostraba sin reservas, compartía experiencias personales y hablaba sin filtros, pero siempre desde una lógica de cuidado. Incluso antes de que Abril iniciara su vida sexual, su hermana ya pensaba en protegerla, entregándole preservativos como una forma de prevención anticipada, aun cuando todavía no parecían necesarios.

Sin embargo, esta apertura disipaba la vergüenza de Abril. Aunque su hermana hablaba con naturalidad, ella escuchaba desde la incomodidad, atravesada por una mezcla de curiosidad y pudor que le impedía profundizar.

“Con mi hermana siempre ha habido mucha confianza y en esos temas ella siempre se abría conmigo mucho y yo con ella no tanto, como que también me costaba. Pero era más la información que obtenía de ella a través de sus experiencias, más que a lo mejor información oficial o de salud.” (Abril en entrevista, 2026).

Al inicio, Abril reconocía que estas conversaciones le generaban rechazo, una sensación corporal de incomodidad que la llevaba más a callar y escuchar que a preguntar o involucrarse activamente.

“Yo sí sentía a lo mejor como un repele... le decía: no, no, es que no me hables de esto”, (Abril en entrevista, 2026)

Con el tiempo, sin embargo, logró comprender que esa apertura formaba parte de la personalidad de su hermana y comenzó a normalizar estas conversaciones, disminuyendo la resistencia inicial.

En cuanto a los valores transmitidos, el mensaje fue claro y constante: esperar a ser mayor de edad, sentirse segura, protegerse y no exponerse innecesariamente.

“Mi mamá sí, era mucho de no, pues hasta que seas mayor de edad o ya cuando estés enamorada. O siempre usa, pues, protégete, ¿no? No hagas cosas “extrañas”, decía.” (Abril en entrevista, 2026).

No hubo discursos sobre llegar virgen al matrimonio ni prohibiciones estrictas, sino una combinación de cautela, responsabilidad y control. Su madre repetía la importancia de cuidarse; su hermana, desde un lugar más libre, mostraba lo que podía suceder cuando no se hacía.

Así, la educación sexual de Abril dentro de su familia se construyó desde contrastes: entre el silencio y la experiencia, entre el pudor y la confianza, entre la advertencia y el acompañamiento. No se le enseñó desde la prevención institucional, sino desde las historias familiares, dejando que fuera ella quien, poco a poco, armara su propio entendimiento.

“Siempre he sido más de guiarme por las experiencias. Y sí, en cuanto a eso, siempre me guiaba de ellas. Entonces siento que así nomás, por eso, por las pláticas de las que ellas llegaban a hablarme, yo lo tomaba como una lección, a lo mejor como algo que no se debía hacer o que podía evitar.” (Abril en entrevista, 2026).

La escuela, aunque limitada, se convirtió en un espacio donde también empezaba a recibir información más directa: en sexto de primaria, con talleres que mezclaban imágenes gráficas y explicaciones, aprendió sobre embarazo, métodos anticonceptivos y enfermedades de transmisión sexual.

“Había proyecciones de las diapositivas en un aula donde nos metían por grupos... nos pasaban las imágenes y ya nos explicaban sobre el embarazo, todos los métodos anticonceptivos, las enfermedades y... nada más.” (Abril en entrevista, 2026).

Para Abril, esas primeras lecciones fueron fragmentos de una realidad que hasta entonces permanecía invisible, y aunque no reemplazaban la guía familiar, comenzaron a darle herramientas para enfrentar la vida que se avecinaba. Durante este tiempo ella no sentía cómoda con la idea de preguntar o de formar un espacio

real de confianza para formular preguntas. La información estaba llegando en un momento en el que aún se percibían como niñas y niños, y el tema de la sexualidad se encontraba atravesado por la burla y la incomodidad.

“Recuerdo que fue en sexto de primaria. Teníamos como un taller semanalmente o mensualmente, no recuerdo, y ahí fue donde nos empezaron a hablar de las enfermedades, nos enseñaban imágenes gráficas. Y ahí fue, ahí en la primaria, donde empecé a ver todo eso.” (Abril en entrevista, 2026).

“Estábamos en primaria y éramos muy niños... como que era mucha burla. Entonces no lo veíamos serio o se nos hacía raro hablar de eso” (Abril en entrevista, 2026).

explicaba, señalando que, más que curiosidad genuina, predominaba la risa nerviosa y la falta de madurez para abordar el tema con seriedad.

Fue hasta la secundaria cuando las conversaciones comenzaron a trasladarse al ámbito entre pares. Con sus amigas, el tema de la sexualidad empezó a aparecer de manera más constante, aunque aún distante de la experiencia propia. Sin embargo, dentro de su grupo cercano, estas vivencias no eran comunes; ninguno de su círculo de amigos había iniciado su vida sexual, por lo que el tema se mantenía más en el terreno del morbo y la curiosidad ajena que como una realidad compartida.

“En la secundaria, sí... ya hablaba con mis amigas, incluso ya sabía varios casos de los que nos enterábamos, que ya, pues, habían empezado con su vida sexual. Y pues, para mi grupo en concreto, pues sí, era raro, porque ninguno de nosotros empezó, al menos en la secundaria, a tener esta actividad. Entonces solo era como un tema de morbo.” (Abril en entrevista, 2026).

En ese entramado también se encontraba el ámbito religioso, Abril estuvo en contacto con distintas religiones durante su infancia y adolescencia aunque señala que, a una edad temprana, decidió distanciarse de ellas. No obstante, sí recuerda mensajes claros en torno a la sexualidad como que esta debía vivirse únicamente después del matrimonio, ligada a la unión con la pareja y alejada de cualquier forma de pecado, como el adulterio o las relaciones prematrimoniales.

Particularmente, en una comunidad religiosa —la mormona—, estos mensajes se expresaban de forma más estricta. Abril recordaba que no se les

permitía mantener una relación de noviazgo por más de dos años, sin llegar al matrimonio, pues hacerlo implicaba “faltarle a Dios”.

“Estuve en una religión, en la mormona, en la que no podías tener novio más de dos años porque ya tenías que contraer matrimonio; si no, pues ya estabas faltándole a Dios y esas cosas. Entonces hubo muchas parejas en esa iglesia, no recuerdo cómo se llama, en las que no, o sea, no duraban más de dos años y ya tenían que casarse. Entonces pues ya, incluso ahí nos metían como ese miedo de no tener novio tanto tiempo.” (Abril en entrevista, 2026).

De este modo, cuando una pareja se acercaba a los dos años de relación, ese tiempo era leído como una señal: el vínculo había madurado lo suficiente y debía trascender lo cotidiano para formalizarse mediante la ceremonia de “sellamiento”, un acto que simbolizaba el compromiso y la legitimación de la unión. Este tipo de normas generaban una presión constante, donde incluso el prolongar una relación sentimental era motivo de señalamiento y temor, y muchas parejas terminaban casándose rápidamente como respuesta a estas exigencias implícitas.

Esa idea, lejos de darle seguridad, le provocaba temor. En su mente aparecía la sensación de que el tiempo no jugaba a favor, sino como una presión silenciosa: la posibilidad de ser empujada a una decisión definitiva antes de haber terminado de conocer a la otra persona —o incluso a sí misma—. Pensar que, apenas alcanzada la mayoría de edad, una relación pudiera venir acompañada de plazos implícitos y expectativas tan rígidas le resultaba inquietante. Había en ello un miedo pequeño pero persistente: el de quedarse atrapada en un compromiso para toda la vida con alguien que quizá aún no quería, no por elección propia, sino por una norma que no había decidido.

Este temor fue determinante para que, durante el tiempo que formó parte de esa religión, evitara establecer relaciones formales, limitándose a vínculos de amistad.

“Me causaba como un temor, como de: pues te van a obligar a hacer algo y estar con una persona que a lo mejor ni has terminado de conocer, y sin importar que tengas a lo mejor apenas 18 años o que empieces tu relación muy chico y ya estés a punto de cumplir los 18, y ya te ponen un límite de tiempo para que estés con una persona que tú no quieres, a lo mejor para toda la vida. Entonces a mí me daba como un miedito.” (Abril en entrevista, 2026).

Al reflexionar sobre el impacto de estos mensajes en su vida actual, Abril consideraba que la religión no fue el factor que más influyó en la manera en que hoy vive su sexualidad. Para ella, ni las creencias religiosas ni la figura de Dios marcaron de forma significativa sus decisiones posteriores. Ante esto, se abría la pregunta sobre cuál de los tres espacios —la escuela, la religión o la familia— tuvo un mayor peso en su construcción de la sexualidad, dejando entrever que no todos los entornos influyen con la misma intensidad ni de la misma manera.

Para Abril, el espacio que tuvo mayor peso en la construcción de su conocimiento sobre la sexualidad fue la escuela, entendida no solo como una institución, sino como el lugar donde se encontraban sus amistades. Fue ahí donde no solo encontró información sino una red de apoyo que le ofrecía mayor apertura, señalando que con los amigos no existía el mismo filtro o contención que en otros espacios, lo que facilitaba hablar con mayor libertad.

Dentro de ese círculo, el aprendizaje no se limitó a la conversación. Abril relataba que, junto con sus amistades, llegó a realizarse pruebas en varias ocasiones y a informarse activamente sobre métodos anticonceptivos, mostrando una búsqueda colectiva de cuidado y prevención.

“En la escuela, por mis amistades. Siento que ellos son con los que más te abres en estos temas, porque no hay tanto.... pudor, te puedes abrir más con tus amigos. Entonces ahí conocí muchas cosas, incluso pues fuimos entre mis amigos a hacernos pruebas muchas veces o a tratar lo de los métodos anticonceptivos.” (Abril en entrevista, 2026).

La escuela era un espacio como completamente abierto, sin tantos filtros ni restricciones, lo que facilitaba el intercambio de información. La cercanía generacional y el hecho de que todos atravesaban situaciones similares contribuían a que la comunicación fluyera con mayor naturalidad, reforzando la sensación de comprensión mutua. Todas estas experiencias —la apertura entre amigos, la guía contenida de la familia y la restricción impuesta por la religión— configuraron el contexto desde el cual Abril fue construyendo su nivel de conocimiento sobre la sexualidad y los riesgos asociados a las relaciones. Más que un aprendizaje lineal, se trató de un proceso fragmentado, donde cada espacio aportó elementos distintos, no siempre complementarios, y en el que la información circuló entre la curiosidad, el cuidado y el temor.

Desde ese entramado de aprendizajes parciales, Abril llegó al inicio de su vida sexual con la sensación ambigua de saber y no saber al mismo tiempo. Había escuchado historias, había observado experiencias ajenas, incluso creía contar con cierta información previa; sin embargo, nada de eso terminó de prepararla. Su conocimiento era frágil, incompleto, construido más desde

la experiencia indirecta que desde una reflexión propia.

6.3 Impacto emocional de la enfermedad en la experiencia ajena

El tema de las infecciones de transmisión sexual apareció de forma indirecta, otra vez ligado a experiencias ajenas.

Su primer acercamiento el cual recuerda con claridad fue el de su mejor amiga quien contrajo VIH.

La noticia llegó de forma inesperada y por medio de una llamada. Tenían dieciséis años, su amiga llevaba casi un mes internada en el hospital y, hasta ese momento, todo se explicaba bajo un diagnóstico que parecía grave, pero comprensible: trombocitopenia hepática.

Cuando escuchó su voz al otro lado del teléfono, supo que algo no estaba bien.

Primero le explicó que los médicos se habían equivocado. Que los estudios habían vuelto a salir. Que no era eso. Hubo una pausa incómoda, larga, como si el silencio fuera más fácil que las palabras. Entonces lo dijo: era VIH positivo.

“Cuando me dio la noticia, para mí fue como entrar en shock, porque me dio la noticia como si se tratara de una noticia terminal, porque antes no había tratamiento y nosotras no contábamos con mucha información, nos dio mucho miedo a las dos” (Abril en entrevista, 2026).

La noticia cayó como un golpe seco. Su amiga hablaba como si estuviera dando una noticia final, definitiva, como si no hubiera nada después de ese momento. En ese entonces, ambas tenían muy poca información. Para ellas, el VIH seguía siendo sinónimo de muerte.

“Me dijo prácticamente, aún recuerdo sus palabras: “ya no voy a salir de aquí, mi vida se acabó” desde ahí se me hizo un nudo en la garganta” (Abril en entrevista, 2026).

Eran demasiado jóvenes para estar hablando del fin de una vida, y sin embargo ahí estaban, atrapadas en ese miedo enorme que no sabía cómo enfrentarse. Recibir una noticia así, en plena adolescencia, cuando apenas iniciaban la preparatoria, fue algo que ninguna de las

dos esperaba.

“Fue una noticia impactante, para nuestra edad y para nuestro contexto de aquel entonces” (Abril en entrevista, 2026).

Cuando su amiga salió del hospital, ella intentó visitarla. Fue varias veces a su casa, pero nunca la recibió. Quien abría la puerta era siempre su mamá, que la invitaba a quedarse un rato, a comer, a platicar. Le pedía comprensión: su hija estaba destrozada, profundamente triste, incapaz de ver a nadie.

Con el tiempo dejó de insistir en las visitas. No por indiferencia, sino por respeto. Aun así, nunca dejó de mandarle mensajes ni de llamarle. Quería que supiera que no estaba sola, que su vida no se había terminado por ese diagnóstico.

El tratamiento la fue alejando poco a poco de la escuela. Como la enfermedad ya había presentado síntomas fuertes, pasaba la mayor parte del tiempo en el hospital. Por lo que eventualmente perdió el semestre.

Sin embargo, cuando regresó a la escuela, aunque iban en grupos separados Abril intentaba sostenerla desde lo cotidiano, hacerle sentir que seguían compartiendo el mismo mundo. Que no tenía por qué apartarse de las experiencias que les tocaban vivir a su edad: las reuniones con amigos, las salidas, las fiestas que vendrían después. Le preguntaba con frecuencia por su tratamiento, no como una obligación, sino como una forma de acompañarla y de permanecer.

“Trataba de ayudarla, de motivarla de decirle que no por eso tenía que apartarse de cosas que aún le tocaban vivir, como salir con amigos o ya después a fiestas y eso ” (Abril en entrevista, 2026)

Con el paso del tiempo, la información comenzó a llegar. Ambas supieron que existían tratamientos, que no se trataba de una enfermedad terminal, que era posible vivir con el virus de forma casi imperceptible, lo cual contribuyó a mejorar la percepción que su amiga tenía sobre la infección, así como la imagen que ella misma tenía de sí, permitiéndole retomar gradualmente su vida.

Antes de que apareciera la historia de su hermana, fue esta experiencia la que marcó un antes y un después. La primera vez que comprendió que una enfermedad no solo se instala en

el cuerpo, sino también en el miedo, en el silencio y en la manera en que la vida, de pronto, se vuelve más estrecha.

Tiempo después de ello, quizás menos de un año, sucedió lo de su hermana.

La noticia cayó de la misma forma que la de su amiga, de golpe y sin previo aviso. Aunque, no la sacudió de la misma manera. El antecedente de su amiga con VIH había marcado una escala interna de gravedad: en su percepción, aquello no era tan grave. El papiloma humano, era algo de lo que ya había escuchado antes, mencionado en conversaciones ajenas, casi como una enfermedad común.

“Yo ya tenía el antecedente de mi amiga con VIH y a mi eso se me hacía una enfermedad más grave y cuando me dijo del papiloma como ya había escuchado a varias personas pues dije no es algo que te pueda causar la muerte según yo, en ese momento no lo percibí como algo tan grave.” (Abril en entrevista, 2026)

En ese momento no lo pensó como algo mortal. Sabía, de manera vaga, que podía volverse grave si avanzaba, si se transformaba en cáncer, pero esa posibilidad parecía lejana, casi abstracta. Al principio, nada parecía alarmante. Su hermana tenía algunas lesiones; por eso había acudido a hacerse pruebas de infecciones de transmisión sexual. El diagnóstico estaba ahí, pero no dolía todavía. El problema vino después, cuando dejó pasar el tiempo. Mucho tiempo. Casi un año sin atenderse.

“A ella si se le agravo, le dijeron que estaba muy cerca de pasar a una siguiente etapa, entonces ahí fue cuando ya nos preocupamos más por que como se dejó mucho tiempo ya había la duda de que si se había desarrollado a cáncer cervicouterino” (Abril en entrevista, 2026)

Su hermana comenzó el tratamiento en el Hospital General. No tenía seguro médico, así que ese era el único lugar posible. Todo ocurrió en medio de un momento especialmente vulnerable: durante ese lapso quedó embarazada y poco después sufrió un aborto espontáneo. Cuando llegó al hospital, además del legrado, los médicos fueron claros: su estado de salud era grave, la enfermedad había avanzado demasiado.

Los síntomas ya no podían ocultarse. El mal olor, las lesiones múltiples, el deterioro evidente del cuerpo. También le hablaron del futuro, de la dificultad para volver a embarazarse, de la poca viabilidad de un cuerpo que llevaba demasiado tiempo enfermo sin atención. Nada de eso se dijo con crueldad, pero cada palabra pesó como una advertencia tardía.

Durante ese periodo casi no la veían. Su hermana vivía una situación de maltrato que la mantenía aislada, cerrada, distante. Antes incluso del diagnóstico grave, la comunicación ya era escasa. No había forma de acercarse: ella no se prestaba, no pedía ayuda, no parecía quererla.

Fue hasta después del aborto, cuando hubo intervención de autoridades, que el vínculo comenzó a restablecerse poco a poco. Entonces pudieron estar más presentes, acompañarla, poner atención en su tratamiento, sostenerla de una manera que antes había sido imposible.

Debido a la intervención de emergencia y al enfrentarse a un escenario profundamente alarmante, su hermana decidió tomar acción para cuidarse. No solo por la posibilidad de no poder embarazarse en un futuro, sino porque comprendía que se encontraba en un momento crítico del VPH, en el que el riesgo de desarrollar cáncer era inminente.

Así se cerró ese ciclo. Dos enfermedades distintas, dos historias atravesadas por el miedo, el silencio y la espera. Para ella, ambas experiencias dejaron la misma enseñanza silenciosa: que las enfermedades no solo avanzan en el cuerpo, sino también en los vacíos, en lo que no se dice, en lo que se posterga, en lo que nadie quiere mirar de frente.

6.4 La construcción del riesgo en la experiencia propia

La adolescencia de Abril transcurrió en la calma del hogar, alejada de las aventuras y el bullicio social. Siempre reservada y protegida,

“En mi adolescencia no tenía ese tipo de actividades... fui muy... muy en mi casa, o sea, no salía mucho”. (Abril en entrevista, 2026)

Solo después de cumplir los 18, con la libertad que trae la juventud, comenzó a salir a bares y fiestas, a relacionarse más con su entorno y a exponerse al mundo, siguiendo las señales de un cuerpo y emociones que la impulsaban a nuevas vivencias y respetando la ley implícita que se mantenía en su hogar. “Todo después de los 18”, como si esa edad marcara el momento en que, por fin, se estaba preparada para experimentar, otorgando una legitimidad simbólica a aquello que antes parecía prohibido o fuera de lugar.

La sexualidad dejó de ser vista como algo indebido y pasó a entenderse como parte natural de una etapa de vida. Para Abril, esta apertura tardía tenía sentido:

“Porque siento que ya como que ya estamos en edad de vivir, o sea, ya no hay como tanto problema en cuanto a mi mamá de vivir experiencias sexuales, porque pues ya como yo

tengo una pareja estable, pues ya es como que ella ya no lo ve mal. Entonces, por eso...” (Abril en entrevista, 2026).

Con la mayoría de edad, hablar sobre la sexualidad dejó de ser un impedimento explícito, pero el pudor y la contención heredados del hogar permanecieron.

“...Al principio pues obviamente cuesta abrirse... ya actualmente pues ya es distinto. Ya he perdido un poco el pudor, ya me he intentado abrir más” (Abril en entrevista, 2026)

El silencio familiar, pensado como protección, terminó también convirtiéndose en un límite que tuvo que reconocer y que poco a poco, aprendió a atravesar.

Su primera relación sexual ocurrió pocos meses antes de cumplir los dieciocho años. En ese momento, el enamoramiento pesó más que cualquier advertencia. La decisión de no usar protección no surgió de la ignorancia absoluta, sino de un dejarse por el momento lo que anuló la conciencia de cualquier riesgo. Fue una decisión atravesada por la emoción y por el amor que sentía hacia quien, en ese momento, era su pareja.

Él tenía veintiún años y ella estaba a punto de cumplir dieciocho. Para él no era la primera vez; para ella sí. Aun cuando la decisión fue tomada de manera voluntaria, existía entre ambos una diferencia en experiencias que marcó ese inicio y aunque en un principio la diferencia de edad no se percibía como un problema posteriormente se transformó en un elemento de reflexión para Abril.

Abril se percibía a sí misma como demasiado joven, eso pasó, no solo en términos de edad, sino en la forma de habitar su propio cuerpo y sus decisiones. Él llevaba la iniciativa casi siempre, y ella asumía ese rol como algo natural, sin cuestionar lo que implicaba. En ese momento, desconocía la vida sexual activa que él había tenido antes y que continuaría teniendo después. El riesgo existía, pero aún no tenía nombre.

Antes y después de aquella primera relación sexual, Abril experimentó una sensación de cambio profundo. Se sentía distinta, transformada, como si hubiera cruzado una frontera invisible. Interpretó ese momento como el inicio de una etapa más seria y comprometida dentro de la relación. El enamoramiento funcionó como un lente que suavizaba cualquier duda y justificaba cada decisión.

Con el tiempo, esa primera vivencia comenzó a reconfigurar su manera de entender la sexualidad. Lo que inicialmente estuvo cargado de significado se volvió, poco a poco, algo más accesible. Tras esa relación estable, el sexo dejó de parecerle un territorio delicado y empezó a

percibirse como una práctica cotidiana, posible con distintas parejas. El miedo se diluyó, reemplazado por una sensación de normalidad.

“Después de mi primera pareja estable, con la que tuve relaciones, ya después como que se me hacía algo muy fácil, como que podía ser con cualquier pareja. Entonces ya los siguientes novios con los que estuve y con ellos pues tuve relaciones sexuales, a lo mejor ya lo vi algo más normal, como que se me quitó el miedo.” (Abril en entrevista, 2026)

Dentro de lo que para ella comenzaba a percibirse como algo normal, mantener relaciones sexuales sin protección no aparecía como una práctica riesgosa. La falta de consecuencias visibles hasta ese momento —especialmente un embarazo, que era su mayor preocupación— sostenía la idea de que nada grave podía ocurrir, por lo que el miedo se diluyó. Abril empezó a percibir su experiencia como una prueba silenciosa de que “no pasaba nada”. Aquello que al inicio generaba duda o inquietud se transformó en confianza excesiva. Vivía su sexualidad sin temor, convencida de que los riesgos eran lejanos o improbables.

Las relaciones estables reforzaron esa percepción. La idea de exclusividad operó como una falsa garantía de seguridad. En su lógica, si ambos confiaban y ninguno parecía estar expuesto, entonces el peligro no existía. Esa creencia, sostenida por el afecto y la rutina, desplazó otras posibilidades que no alcanzaban a hacerse visibles en ese momento.

Con el paso del tiempo, la repetición del descuido comenzó a hacerse visible incluso para ella. Hubo un periodo en el que el recurso a la anticoncepción de emergencia “post day” se volvió frecuente. Cada vez que lo hacía, Abril era consciente de que no estaba bien, pero su preocupación, ante la posibilidad de un embarazo la aterrorizaba.

“Hubo un tiempo en el que sí la tomé muy seguido en un año y yo sabía que estaba mal. Entonces ya fue cuando me preocupé y, por un lado, sí lo del embarazo porque era algo muy importante y a lo mejor yo le restaba importancia a las enfermedades que podía contraer. Porque como nunca me había sucedido nada, yo pensaba que pues estábamos sanos. Entonces, aunque no sé qué ibas a saber si algo así pasaba, que era visible o algo así. Entonces nunca me preocupé por eso y le resté importancia a las enfermedades y le ponía más importancia a los embarazos que podían haber sucedido.” (Abril en entrevista, 2026)

Las infecciones de transmisión sexual permanecían en un plano difuso, lejano, casi inexistente. Nunca había tenido una experiencia cercana que le confirmara su presencia, y esa ausencia reforzaba la idea de que se trataba de algo improbable.

En su entorno familiar tampoco había referencias claras. Su madre, a quien identificaba como una figura de guía, nunca habló de haber atravesado una situación semejante. Su hermana, aunque había vivido algo parecido, no lo había hecho en un momento que funcionara como advertencia. Todo contribuía a que Abril percibiera esas enfermedades como algo ajeno.

“ Mi mamá, que era como mi guía, nunca nos contó de que haya contraído alguna enfermedad. Entonces no era algo que se platicara y a mí se me hacía casi, o sea, muy difícil que sucediera. Y a mi hermana, pues no recuerdo en qué tiempo sucedió, pero antes de eso no le había sucedido nada. Entonces yo decía, pues es algo muy difícil que suceda. Entonces por eso no lo veía importante.” (Abril en entrevista, 2026)

Ante el temor persistente al embarazo, decidió optar por un método anticonceptivo de larga duración. El implante subdérmico apareció como una solución definitiva, una forma de cerrar esa preocupación de raíz. Sin embargo, esa decisión tuvo un efecto colateral: al sentirse protegida frente a un posible embarazo, la necesidad de usar condón perdió centralidad. El cuidado se volvió parcial, enfocado en un solo riesgo, dejando otros fuera del campo de atención.

“Opté por ponerme métodos anticonceptivos a largo plazo, por ejemplo, el implante subdérmico, pero estaba mal porque ya así me quitaba una responsabilidad, a lo mejor de un embarazo, y era lo que principalmente me obligaba a usar a lo mejor condón, que era lo más seguro.” (Abril en entrevista, 2026)

La continuidad entre sus primeras decisiones y las que vinieron después fue casi imperceptible. Cada paso parecía pequeño, pero todos apuntaban en la misma dirección: una sexualidad vivida desde la confianza excesiva, la normalización del peligro y la postergación del cuidado propio. Abril avanzaba convencida de que nada ocurriría, sin saber que esa certeza era, en realidad, la antesala de un quiebre aún invisible.

El momento de quiebre llegó durante una etapa de transición emocional profundamente marcada por la ruptura de una relación que había ocupado un lugar central en su vida durante años. Tenía veintitrés años cuando ocurrió todo. Esa edad marcaba un punto en el que ya no se sentía adolescente, pero tampoco contaba aún con las herramientas suficientes para enfrentar la situación con apertura. La carga social asociada a la sexualidad y al contagio pesó más que la necesidad de hablarlo.

Tras una ruptura de una relación de años comenzó un periodo de transición en el que sus hábitos cotidianos se modificaron de manera evidente. Comenzó a salir con mayor frecuencia, a asistir a fiestas y a pasar más tiempo fuera de casa.

En ese lapso, su vida social se intensificó. El consumo de alcohol, la convivencia constante con amigos y el contacto con personas nuevas se volvieron parte de su día a día. Los encuentros que establecía carecían de continuidad y no estaban acompañados de una relación previa. Eran interacciones breves, situadas en el momento, sin un vínculo sostenido en el tiempo.

Este periodo coincidió con una mayor exposición a situaciones de riesgo, no como resultado de una decisión deliberada, sino como parte del contexto en el que se encontraba. La ruptura marcó un antes y un después en su forma de relacionarse, generando un escenario distinto al que había vivido durante la relación estable que acababa de terminar.

Fue dentro de este proceso de cambio —caracterizado por la inestabilidad relacional y la ausencia de vínculos duraderos— donde se produjo el acontecimiento que modificaría su trayectoria. El quiebre no apareció de manera aislada, sino en medio de una etapa de transición que reorganizó, sin que ella lo anticipara, las condiciones de cuidado y exposición.

El descubrimiento fue abrupto. No nació de la sospecha, sino del cuerpo. Las lesiones aparecieron como una señal imposible de ignorar y encendieron la alarma.

Fue entonces cuando decidió hacerse pruebas y comenzar a tomar decisiones concretas frente a lo que estaba ocurriendo.

“Sí, sí me agarró por sorpresa porque no pensé que me fuera a pasar. Pero ya cuando me di cuenta fue por lesiones, fue cuando ya me alarmé y entonces comencé a hacerme pruebas y a tomar cartas en el asunto para ver qué podía hacer. Pero sí fue algo que me hizo sentir muy mal.” (Abril en entrevista, 2026)

El impacto no fue solo físico. La experiencia la confrontó con una realidad que hasta entonces había considerado distante. La enfermedad quebró la sensación de seguridad que había construido con los años y la obligó a mirar de frente aquello que había minimizado durante tanto tiempo.

A partir de ese momento, su historia dejó de sostenerse en la idea de invulnerabilidad. El riesgo dejó de ser una posibilidad abstracta y se convirtió en una experiencia propia, marcando un punto de inflexión en la manera en que comprendía su cuerpo, sus decisiones y su sexualidad.

La experiencia del diagnóstico dejó una huella inmediata. Más allá del nombre de la enfermedad o de los procedimientos posteriores, lo que predominó fue una sensación persistente de malestar y culpa. No se trató solo de una reacción física, sino de un impacto que alcanzó su estado anímico y la forma en que comenzó a mirar lo ocurrido.

“Sí me dio para abajo, me muy sentí mal... Me sentí mal. Pues si no hubiera estado con tanta irresponsabilidad, pues sería diferente. Estuve un rato, sí, pues como muy triste y dejé de salir.” (Abril en entrevista, 2026).

Tratar de compartirlo con la persona que pudo haber estado implicada, no fue posible. Durante los meses posteriores a la ruptura, su vida relacional se caracterizó por encuentros diversos, algunos breves y otros un poco más continuos, pero en general sin el nivel de cercanía necesario para abordar una situación de esa naturaleza. Conocía personas en distintos espacios sociales y, en ciertos casos, el contacto no trascendía más allá del momento en que ocurría.

“Estuve como 10 meses, bueno, como unos ocho o siete meses, durante ese tiempo que estuve soltera, que estuve saliendo y todo. Entonces no, pues...Conocía a personas, a lo mejor en bares, en una sola noche, y en algunos casos después continuaba una relación, pero no había tanta confianza.” (Abril en entrevista, 2026).

Esa forma de vinculación dificultó la posibilidad de identificar con claridad el origen de lo sucedido. Lo que traía consigo culpa y remordimiento no solo por tener VPH sino también por no saber con exactitud en que momento y con quien había pasado, la incertidumbre se mezclaba con la vergüenza, acumulándose un peso que afectaba cómo se veía a sí misma y cómo se relacionaba con los demás. La vergüenza y la culpa ocuparon un lugar central en su vida en aquel momento. Abril evitó exponerse, temiendo el juicio ajeno y la posibilidad de ser percibida de forma negativa.

“A mí me daba pena, porque no había sido solo una persona con la que había estado, sino varias. Entonces me daba pena exponerme de esa forma y decir que me había sucedido a mí, o preguntar si había sido esa persona. Sentía que podían pensar mal de mí.”(Abril en entrevista,2026).

La idea de tener que explicar lo sucedido o de preguntar directamente por un posible contagio le resultaba demasiado costosa emocionalmente.

Hablar del diagnóstico implicaba exponerse, y en ese contexto, hacerlo no resultaba sencillo. La reserva que mantuvo estuvo atravesada por la cautela y por el temor a ser juzgada. Nombrar lo ocurrido significaba colocarse en una posición vulnerable frente a personas con quienes no había un vínculo sólido. Ante esa falta de cercanía, el silencio se convirtió en una forma de protección.

Sin embargo sabía que era tiempo de ver eso que había minimizado o tal vez ignorado en el pasado, estaba convencida y mentalizada a que si se sometía a una prueba iba a dar

positivo, sin embargo, quería colaborarlo con un especialista. Una amiga le sugirió acudir a un centro de atención gratuito al que ella misma asistía. El lugar era una institución pública y no implicó ningún costo. Se trataba de un centro que priorizaba este tipo de atenciones a la comunidad LGBTQ+ donde la única condición era no tener seguro social. Abril contaba con seguro social por estar inscrita en la escuela, sin embargo, no se le solicitó comprobante alguno ya que se consideraba un procedimiento de rutina que no involucraba mucho problema, según la institución.

“Cuando me di cuenta, acudí a un centro al que una amiga me recomendó. Ella es una persona trans y ya asistía a ese lugar. Era un centro gratuito. Fuimos a hacer varias pruebas y en una de ellas salí positiva. La prueba me la realizó una enfermera y fue así como me di cuenta.” (Abril en entrevista, 2026).

El trato que recibió fue correcto, pero distante. La situación fue abordada con normalidad, casi con neutralidad, como si se tratara de un procedimiento más. No hubo explicaciones amplias ni un espacio para resolver dudas. Fue una enfermera quien le comunicó el resultado positivo, sin ceremonias, como parte de un procedimiento rutinario quien le recomendó revisar si contaba con las vacunas correspondientes desde la infancia y se le indicó el uso de una pomada como única medida inmediata.

La información fue escasa. En ese momento, Abril no tenía claridad sobre su historial de vacunación y esa incertidumbre, sumada a la falta de orientación, hizo aun mas complicado todo.

“Lo tomaron como algo muy normal. Lo que me recomendaron fue informarme si mi cartilla tenía las... bueno, si me habían puesto las vacunas de niña. Entonces, yo la verdad no sabía y me tardé tiempo en regresar e iniciar ya, pues, un tratamiento. Pero en ese momento la información fue nula. O sea, no me dijeron más que lo de las vacunas y me recetaron una pomada, pero fue todo, no, nada más.” (Abril en entrevista, 2026)

En ese momento, su nivel de información sobre el VPH era limitado. Sabía de su existencia y había escuchado casos en el entorno familiar lejano, pero no se trataba de un tema del que se hablara abiertamente. La normalización superficial con la que había sido mencionado le había restado gravedad en su percepción.

“No era un tema del que se hablaba abiertamente en la familia. Yo lo veía como algo no tan grave porque se hablaba de manera normal. Sin embargo, no tenía un conocimiento profundo, solo sabía que existía” (Abril en entrevista, 2026)

Conocía la relación del virus con la aparición de lesiones, pero no tenía claridad sobre los procesos internos, los tratamientos ni las implicaciones a largo plazo. Su saber era fragmentario, insuficiente para comprender del todo lo que estaba enfrentando. El diagnóstico no solo evidenció una condición de salud, sino

también las lagunas de información que habían acompañado su educación sexual hasta ese momento.

Su mejor amiga fue la primera persona en escucharla. Ya que ella había sido quien la llevo y acompañó hacerse los estudios. Ese paso marcó el inicio de todo. Más tarde, el mismo día en que acudió a hacerse las pruebas y recibió una orientación inicial, decidió decírselo a su mamá y a su hermana.

Cuando decidió hablarlo con su mamá y su hermana, no lo vivió como una dificultad para expresarse. Al contrario, había en ella una necesidad urgente de decirlo en voz alta, de sacar lo que estaba cargando. No buscaba explicaciones ni soluciones inmediatas; buscaba compartirlo con alguien que le resultara cercano.

Con su hermana, la confianza apareció casi de forma automática. El antecedente de una experiencia similar hizo que Abril sintiera que podía encontrar ahí orientación, quizá alguna palabra que le ayudara a ubicarse. Con su mamá, en cambio, la reacción fue distinta. La preocupación se impuso de inmediato y el miedo tomó la conversación. Las preguntas se acumularon una tras otra, anticipando escenarios, imaginando consecuencias. Lejos de tranquilizarla, esa angustia amplificó lo que Abril ya estaba sintiendo.

Por eso eligió medir lo que decía. No porque no quisiera compartirlo, sino porque no quería que el temor creciera más de lo necesario.

El saberse positiva de VPH causó un malestar que no solo fue solo una reacción inmediata, sino una sensación que se extendió durante un tiempo. Se retiró de la vida social, dejó de salir y redujo el consumo de alcohol. No como un castigo, sino como una forma de contención. Sabía que, en ese momento, exponerse nuevamente podía implicar riesgos para ella y para otras personas.

Esa pausa marcó un punto de inflexión. Decidió atender la situación de manera más directa. Buscó atención ginecológica, se realizó estudios y recibió un diagnóstico más claro. Aunque previamente le habían dicho que podía tratarse de otra condición y que no parecía grave,

con la llegada de los resultados de sus estudios se volvió a confirmar lo que en un principio sospechaba.

“Pues ya me había mentalizado porque desde que descubrí las lesiones hasta que me dieron un diagnóstico como tal certero, porque aún me habían dicho que podía ser otra enfermedad. Aun así me sentí mal, pero me dijeron que no es tan grave. Entonces ya cuando me dijeron que sí era eso, pues sí me sentí mal, pero dije, pues ya, ya no tengo excusas, tengo que hacer algo.” (Abril en entrevista, 2026).

Junto con el diagnóstico aparecieron pensamientos persistentes. La culpa ocupó un lugar central, vinculada a la percepción de haber actuado con descuido. También surgió la preocupación por las consecuencias futuras, aunque estas no estuvieran del todo definidas. Eventualmente Abril dejó de salir y a refugiarse en su hogar. No fue una decisión anunciada ni explicada; simplemente ocurrió. Los días se hicieron más cerrados y el contacto con otras personas se volvió distante, incluso en conversaciones que antes no implicaban nada más que compañía. No se trataba únicamente de evitar relaciones sexuales, sino de evitar la cercanía en general. El impacto no se limitó al diagnóstico médico. Se extendió a su vida personal, a su forma de vincularse y a la manera en que comenzó a resignificar sus decisiones pasadas. A partir de ese momento, la experiencia dejó de ser solo un episodio de salud y se convirtió en un proceso emocional que atravesó distintas dimensiones de su vida cotidiana.

Figura 4

Resultado de biopsia de lesión perineal compatible con condiloma acuminado.

SURGICAL PATHOLOGY

PATOLOGÍA
FOLIO: TH25-240

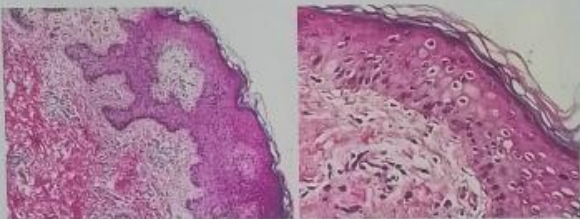
PACIENTE: ABRIL CARRILLO GARCÍA
EDAD: 25 AÑOS
FECHA DE NACIMIENTO: NO REFERIDO
SEXO: FEMENINO
MÉDICO TRATANTE: DRA. SANDRA ELIA PÉREZ MONTER

INFORMACIÓN CLÍNICA: NO REFERIDA
FECHA DE RECEPCIÓN: 02/06/2025
FECHA DE INFORME: 05/06/2025
ESPÉCIMEN: LESIÓN PERINEAL

DESCRIPCIÓN MACROSCÓPICA:

Se recibe con los datos del paciente lo siguiente:
1.-Dentro de un frasco con formol, referida como lesión perineal, es un fragmento de tejido ovoide irregular que mide 0.4x0.4cm, la superficie es lisa de color café-gris, opaco y suave. Se corta y se incluye totalmente en un casete.

FOTOMICROGRAFÍAS:



DIAGNÓSTICO. REFERIDO COMO LESIÓN PERINEAL (BIOPSIA):

- CONDILOMA ACUMINADO, COMPLETAMENTE RESECADO.
- TAMAÑO: 0.4CM.

COMENTARIO: CORRELACIONAR CON DATOS CLÍNICOS. NO SE OBSERVAN DATOS DE MALIGNIDAD EN LA MUESTRA EXAMINADA.

DR. SAUL MENDOZA RAMÍREZ
ONCOPATÓLOGO, C.P.E. 6442737-COMMAP 1181

CONSEJO MEXICANO DE MÉDICOS ANATOMOPATÓLOGOS COMMAP
COLEGIO Y ASOCIACIÓN MEXICANA DE PATÓLOGOS (CAMP)

ALAMBRERA 111, COL. ONA MIRAVALLÉ, BENITO JUÁREZ.

Nota. Imagen de reporte médico facilitada por la participante; se omitieron datos de identificación personal.

6.5 Reconponiendo lo propio

Con el tiempo, el impacto alcanzó su percepción personal. Al iniciar una nueva relación estable, Abril notó cambios en la forma en que se miraba a sí misma. Compartió su situación con su pareja, quien reaccionó desde el apoyo emocional y la disposición a acompañarla. Sin embargo, eso no impidió que ella experimentara una sensación de desvalorización.

“Ya cuando volví a tener una pareja estable, sí me sentía como que yo me desvaloricé. Se lo platiqué a mi pareja y él, pues, lo tomó como, pues vamos a hacer algo, no sé, así como apoyándome emocionalmente. Y bueno, también ofreció ayuda económica y eso, pero sí me sentí desvalorizada, me auto desvaloricé. Sentí que ya, pues como que había perdido, no sé, el tema de la salud sí me generó un repaso en emocionalidad y de autoestima. Siento que sí, también. Como que, no sé, me sentía muy culpable y pensé que si hubiera hecho algo antes lo pude haber evitado.” (Abril en entrevista, 2026).

Se juzgaba con dureza. Sentía que su salud se había convertido en un punto vulnerable y que eso afectaba su autoestima. La idea de que la situación pudo

haberse evitado aparecía con frecuencia, no como una reflexión serena, sino como un reproche interno que reaparecía una y otra vez.

Cuando inició una relación de pareja estable, la intimidad ya no era igual.

Había una diferencia difícil de nombrar, una reserva que antes no estaba. Las lesiones y el riesgo de contagio aparecían como una presencia constante, no siempre visible, pero sí determinante. Esa posibilidad —la de causar daño a alguien más— se volvió una fuente persistente de culpa.

“Me sentí un poco presionada por el momento en el que estábamos, entonces pues ya no había manera de postergarlo y por eso... Además, que sí, sí, me daba como... bueno, en el momento en el que lo comuniqué también lo dije, sí, llorando, porque me sentía culpable de que en ese tiempo en el que no habíamos estado juntos yo hubiera hecho de las mías y salió mal.” (Abril en entrevista, 2026).

El momento de decirlo no fue planeado. No hubo un día elegido ni una frase ensayada frente al espejo. Ocurrió porque ya no podía postergarse más. Estaban retomando la relación, avanzando de nuevo con cautela, y la intimidad aparecía como una posibilidad cercana. En ese umbral, el silencio empezó a pesarle más que el miedo.

“Bajo mi autoestima, a lo mejor porque tenía lesiones y también, pues, el riesgo del contagio. También eso ya era algo que me causaba mucha culpa, el ocasionar daño a los demás.” (Abril en entrevista, 2026)

La culpa se instaló antes que cualquier otra emoción. No era solo el temor a ser rechazada, sino la sensación de haber fallado, de haberse expuesto y ahora tener que exponer también al otro. Pensó, por un instante, en callar. Pensó en evitar la conversación, en dejar que el momento pasara. Pero el riesgo —para él y para ella— terminó imponiéndose.

Cuando decidió hablar, fue justo ahí, en ese instante previo, cuando estaban a punto de tener relaciones y supo que no podía callar más.

La revelación no provocó el rechazo que Abril temía. Al contrario, la respuesta de su pareja estuvo marcada por un gesto de cercanía que desarmó, al menos por un momento, la carga que ella llevaba. En ese intercambio íntimo, el

apoyo se expresó más desde la presencia que desde las palabras. No fue solo la aceptación de la situación, sino la validación de lo que ella estaba sintiendo, lo que permitió que la culpa comenzara a perder fuerza.

Compartir el diagnóstico operó como un punto de inflexión en la relación. La transparencia evitó que el silencio se convirtiera en un riesgo mayor y abrió un espacio para la responsabilidad compartida. Para Abril, decirlo no solo fue un acto de cuidado hacia el otro, sino también hacia sí misma: dejó de cargar sola con el peso de la experiencia. La relación, lejos de debilitarse, adquirió una forma distinta, sostenida ahora en la confianza y en la conciencia de los límites.

“Incluso él también lloró un poco, porque se sentía mal de cómo yo me sentía, pero pues sí me dijo que no había razón para sentirse mal, que lo que había era apoyarnos. Así que él no tenía ningún problema con que yo estuviera pasando por esa enfermedad, pero que sí iban a ser más cautelosos.” (Abril en entrevista, 2026)

A partir de ese momento, Abril asumió también un rol activo en la circulación de información. Su propio proceso la había llevado a informarse más, a comprender los riesgos, las diferencias entre hombres y mujeres, y las implicaciones a largo plazo. Ese conocimiento, que antes no había estado presente en su vida, comenzó a compartirse dentro de la relación, transformándose en una herramienta para el cuidado mutuo. La infección dejó de ser solo una vivencia personal y se volvió un tema que podía nombrarse, explicarse y pensarse en conjunto.

“Tuve el apoyo de mi pareja, entonces siento que eso me dio mucha confianza y ya

pasando el tiempo, el iniciar también las revisiones, consultas y ponerle atención médica, siento que eso también me devolvió la confianza. Entonces dije, pues sí, ya sucedió, pero pues ya no queda más que hacer algo. Por eso entonces siento que, por el apoyo que tuve de la persona que principalmente podía tener alguna repercusión, pues no hubo como que... era tu pareja, no hubo ese rechazo o no me desvalorizó ni nada de eso. Entonces, al contrario, empezó a subir mi autoestima otra vez, mi confianza y, bueno, mi sentido de responsabilidad también.” (Abril en entrevista, 2026)

En ese trayecto apareció una figura clave. Una compañera del trabajo, quien pasaba una situación similar, se trataba de Araceli. Quien comenzó a hablar del tema, sin minimizar la situación. Necesitaba esa voz, le insistió en atenderse, en no dejar avanzar algo que ya estaba ahí.

En contraste, dentro de su familia el tema no generó el mismo movimiento. El antecedente de una experiencia similar, ya superada, pareció restarle gravedad a lo que Abril estaba viviendo. El apoyo fue limitado, casi neutral. Por eso, esa amistad externa adquirió un peso particular: fue el empujón que transformó la pausa en su tratamiento.

“La conocí justo en este momento en el que yo estaba pasando por eso, pero lo había dejado en pausa. Entonces fue ella quien me aconsejó y me impulsó y me dijo que pues hiciera algo, que me atendiera, porque pues, si bien ya había sucedido, pues que ya hiciera algo con eso para que no avanzara más, quizás a un cáncer o algo más grave. Entonces eso siento que principalmente encendió mis alarmas, porque cuando yo le platiqué a mi mamá y a mi hermana, como que mi hermana, como ya había pasado por eso y se había recuperado, ya le dieron de alta y todo, como que ya no le dio importancia. Entonces de ahí no tuve tanto apoyo. Entonces cuando conocí a Araceli y ella me empezó a hacer recomendaciones, fue cuando comencé a hacer mi tratamiento y todas esas cosas. Entonces siento que de ahí fue una parte muy importante para la... ¿cómo se dice?, para este proceso.” (Abril en entrevista, 2026).

A partir de ese acompañamiento, el tratamiento dejó de ser una obligación pendiente y se convirtió en una prioridad. Abril retomó las consultas, siguió las indicaciones médicas y sostuvo el proceso hasta acercarse cada día más a su alta en Julio. Hacia el final de este trayecto, Abril ya no se definía únicamente desde el impacto del diagnóstico. La experiencia había atravesado su vida emocional, sus vínculos y su forma de comprender el riesgo, pero también había fortalecido su sentido de autocuidado y su conciencia sobre la importancia de la información y el acompañamiento. Más que un episodio aislado, el proceso se convirtió en un punto de inflexión que reorganizó su manera de relacionarse consigo misma y con los demás.

El paso del tiempo trajo consigo ajustes en las prácticas. Durante una etapa prolongada, la cautela marcó la intimidad con su pareja, el uso de métodos de barrera fue constante y funcionó como una forma de contención frente al miedo al contagio. Paralelamente, Abril mantenía otros métodos anticonceptivos enfocados en la prevención del embarazo, lo que reforzaba una sensación de control que antes había estado ausente en su vida sexual.

Conforme los resultados médicos comenzaron a ser favorables y las revisiones mostraron avances, la percepción del riesgo se fue modificando. La ausencia de manifestaciones físicas visibles influyó en la manera en que ambos evaluaban la situación. Aunque la certeza absoluta nunca estuvo presente, la información médica y el seguimiento constante generaron una sensación de alivio progresivo. Las decisiones ya no estaban guiadas únicamente por el temor, sino por una evaluación más informada de su estado de salud.

Sin embargo, mientras Abril sostenía sus consultas y mantenía la atención sobre su proceso, la revisión médica por parte de su pareja quedaba postergada. Esa diferencia no se vivía como un conflicto abierto, pero sí como una tensión latente entre la responsabilidad asumida y la que aún estaba pendiente, Abril insistía una y otra vez con su pareja sobre la importancia de que él se realizara los estudios. Le recordaba que, en caso de resultar positivo, era fundamental iniciar algún tratamiento y tomar precauciones. Sin embargo, por diferentes motivos, él siempre encontraba una manera de postergarlo.

Figura 5

Hoja clínica de diagnóstico y seguimiento ginecológico

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDIDAD SOCIAL

DIAGNOSTICO, TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO DE
DISPLASIAS Y CANCER CERVICO UTERINO

Núm. De afiliación 2013008629 9 1 F 2000 ES

I. Unidad que otorga la atención
Unidad Médica 13 HGZMF No 1 Delegación 13, hidalgo
Servicio CLINICA DE DISPLASIAS Consultorio UNICO Fecha _____

II. Identificación de la paciente
Nombre [redacted] U. de Adscripción HGZM-FN-1 Consultorio 22 V.
Edad 25 años
Lugar de residencia _____
Municipio o Delegación política _____ Hidalgo _____ TEL _____
Entidad Federativa _____ C.F. _____

III. Unidad que envía y motivo de referencia
Unidad Médica HGZM-FN-1 Servicio Med familiar Delegación Hidalgo Fecha de envío 27/06/2008
Motivo del envío
(1) Probable por citología cervical, efectuada: (2) Sospecha por datos clínicos
[1] Por primera vez en la vida [2] Subsecuente
Resumen de los hallazgos a la exploración:
Resultado citológico NONEA Verrugas
Fecha de la toma _____
Laboratorio que reportó _____

IV. Antecedentes citológicos

Fecha de toma	Fecha de toma	Fecha de toma	Fecha de toma
_____	_____	_____	_____
Resultado	Resultado	Resultado	Resultado

V. Factores de riesgo: M: 11, R: 28x5, PS: 5, SEXO ANAL: _____, MPF: Infecciones
Edad de inicio de relaciones sexuales 18 Tabaquismo [1] Si, número por día _____ [X] No
Edad de primer embarazo 20 Infección con el Virus del Papiloma Humano _____
Número de embarazos _____ [X] Si, método diagnóstico clínico [2] No
Partos 0 Cesáreas 0 Abortos 1 Inmunodeficiencia congénita o adquirida _____
Escolaridad Licenciatura Dada [1] Si, especifique _____ [X] No

VI. Diagnóstico
1. Practico colposcopia [X] Si [2] No
3. Resultados Fecha 11/07/08
[X] Sin Alteración [] Neoplasia Invasora [] Adenosis
[X] Alf. Infl. Inespecíficas [] Pólipo [X] Otros excesión / Papandona
[] VPH [] Quiste [] Fibroma
[] NIC [] Fibroma
4. Otra alternativa diagnóstica
[] Biopsia directa [] Legrado endocervical
[] Como diagnóstico [] Otra _____
5. Conducta Seguida
[X] Se envió tejido para confirmación histológica [2] Alta con control citológico anual [3] Referencias otra unidad

Pase a inciso B

Nota. Hoja clínica de diagnóstico y seguimiento ginecológico facilitada por la participante; se resguardaron y omitieron datos de identificación personal.

Con el tiempo, la infección ya no ocupaba el centro absoluto de su identidad. Seguía presente, pero integrada de otra forma. Abril había pasado del miedo y la culpa a una posición más reflexiva, donde la experiencia se entendía como parte de un recorrido más amplio de aprendizaje, responsabilidad y reconstrucción personal.

Con el paso del tiempo, Abril dejó de insistir con la misma urgencia en que su pareja acudiera a revisión médica. No porque hubiera desaparecido la conciencia del riesgo, sino porque la ausencia de manifestaciones visibles y porque la atención médica junto con su tratamiento habían dado resultados favorables en su tratamiento.

La vivencia del diagnóstico produjo cambios claros en la manera en que habitaba su sexualidad, al menos durante una etapa. Hubo un periodo en el que la intimidad estuvo atravesada por el cuidado constante, por la vigilancia del cuerpo y por la necesidad de establecer límites más claros. El uso del preservativo se volvió una práctica sostenida, no solo como una medida preventiva, sino como un recordatorio permanente de lo ocurrido.

Conforme el tratamiento avanzó y los controles médicos ofrecieron mayor tranquilidad, algunas prácticas regresaron a una aparente normalidad, como dejar el preservativo en algunas ocasiones. Sin embargo, esa normalidad ya no era idéntica a la anterior. Aunque externamente las dinámicas se parecieran, internamente había ocurrido un desplazamiento importante: Abril ya no partía de la idea de que “no pasa nada”, sino de una conciencia más realista sobre la posibilidad del riesgo. La experiencia había dejado una huella que, aunque menos dolorosa, seguía funcionando como aprendizaje.

Figura 6.

Control de citas para el seguimiento de los pacientes en la clínica de displasias

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION ESTATAL EN HIDALGO
JEFATURA DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

CONTROL DE CITAS PARA EL SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES EN CLINICA DE DISPLASIAS

Nombre de la paciente: 2111 2 Abril

Numero de Afiliación: 2013008679916 2000 65 Adscripción: HIZNLEA1

Médico Tratante: DRA. IXCHEL PEREDA BALDERAS Unidad: C-01 TURNO: MATUTINO

Fecha de Consulta	Asistió	No Asistió	Observaciones
<u>4 semanas</u>	<u>8:00</u>		<u>Resultados</u>
<u>4 semanas</u>	<u>27/08/15 08:00</u>		<u>Resultados</u>
<u>14 Julio 26</u>	<u>8:00</u>		<u>Revisión y val ALTA.</u>

NOTA: Anexar al formato de diagnóstico, tratamiento, y seguimiento de displasias y cáncer cérvico uterino

Nota. Control de citas para el seguimiento de los pacientes en la clínica de displasias, facilitado por la participante; se resguardaron y omitieron datos de identificación personal.

Ese aprendizaje se fue consolidando como una forma distinta de posicionarse ante sus decisiones. Abril comenzó a reconocerse como alguien más responsable, no desde la culpa permanente, sino desde la reflexión. Comprendió que dejarse llevar por el momento, por la emoción o por el contexto social había tenido consecuencias, y que ahora su margen de acción estaba en cómo respondía a partir de ello. La responsabilidad dejó de vivirse como una imposición externa y comenzó a integrarse como parte de su autocuidado.

En el plano emocional, la transformación fue evidente. La autodesvalorización que apareció tras el diagnóstico se fue diluyendo poco a poco. Aceptar sus errores no significó quedarse anclada en ellos, sino incorporarlos como parte de una historia que no la definía por completo. La autoestima, que en un inicio se había visto fracturada, empezó a reconstruirse a partir del conocimiento, del acompañamiento y de la acción concreta frente a la infección.

“Pues ya creo que ya sané. Ya me siento más preparada, más... y pues sí, acepto mi culpa y mis errores, pero ya siento que no, o sea, que puedo seguir, pero actuando responsablemente, ya no pues pensando que nunca me va a pasar, porque sí puede suceder. Entonces ya, en cuanto a autoestima y eso, ya no me siento mal. Ya siento que ya lo reforcé.”
(Abril en entrevista, 2026)

En este momento Abril ya no se percibe únicamente desde la experiencia del VPH, sino desde lo que había aprendido a partir de ella. Reconoce el miedo inicial como algo legítimo, pero también entiende que lo verdaderamente decisivo había sido lo que hizo después de descubrirlo: informarse, atenderse, asumir la responsabilidad de no poner en riesgo a otros y cuidar de sí misma. En ese sentido, la experiencia dejó de ser solo una vivencia dolorosa y se convirtió en un punto de inflexión.

Al cerrar su relato, Abril se mostró en un lugar distinto al del inicio. Más consciente, más preparada y con una relación diferente consigo misma. La infección no desapareció mágicamente de su historia, pero dejó de ocupar el centro. En su lugar quedó una narrativa de aprendizaje, cuidado y responsabilidad, que ahora formaba parte de su manera de estar en el mundo y de vincularse con los demás. Al preguntarle qué recomendación le daría a una persona con VPH, respondió lo siguiente:

“Si apenas lo está descubriendo, que es normal estar asustado y a lo mejor sentir un poco de culpa, sentirte mal, pero lo importante es lo que haces después de eso. Entonces, si ya lo descubriste, pues actúalo lo antes posible para que no crezca el problema o la situación y

suceda algo mayor o peor. Y también, pues no exponer a otras personas a eso, porque pues es muy irresponsable y muy egoísta para los demás.” (Abril en entrevista, 2026).

Abril lo dice sin rodeos, pero con una calma que parece venir de haberlo pensado muchas veces. Para ella, todo comienza en ese instante en que alguien recibe la noticia: el cuerpo se tensa, la mente se llena de preguntas y aparece ese nudo en el pecho que mezcla miedo con una sensación incómoda de culpa. No lo juzga. Al contrario, lo nombra como algo natural, casi inevitable, como si supiera que nadie atraviesa ese momento sin tambalearse un poco.

Pero Abril no se queda ahí. En su forma de verlo, ese primer impacto no define a la persona. Es solo el inicio. Lo que realmente importa —lo repite con una firmeza tranquila— es lo que viene después. Para ella, descubrir el VPH es como estar frente a una puerta: se puede permanecer paralizado por el miedo o decidir moverse, hacer algo, tomar el control antes de que la situación crezca y se vuelva más difícil de manejar.

Hay en sus palabras una especie de urgencia serena. No habla desde el pánico, sino desde la conciencia. Actuar pronto no es solo una recomendación médica, es casi una postura ante la vida: no dejar que las cosas avancen por descuido, no mirar hacia otro lado.

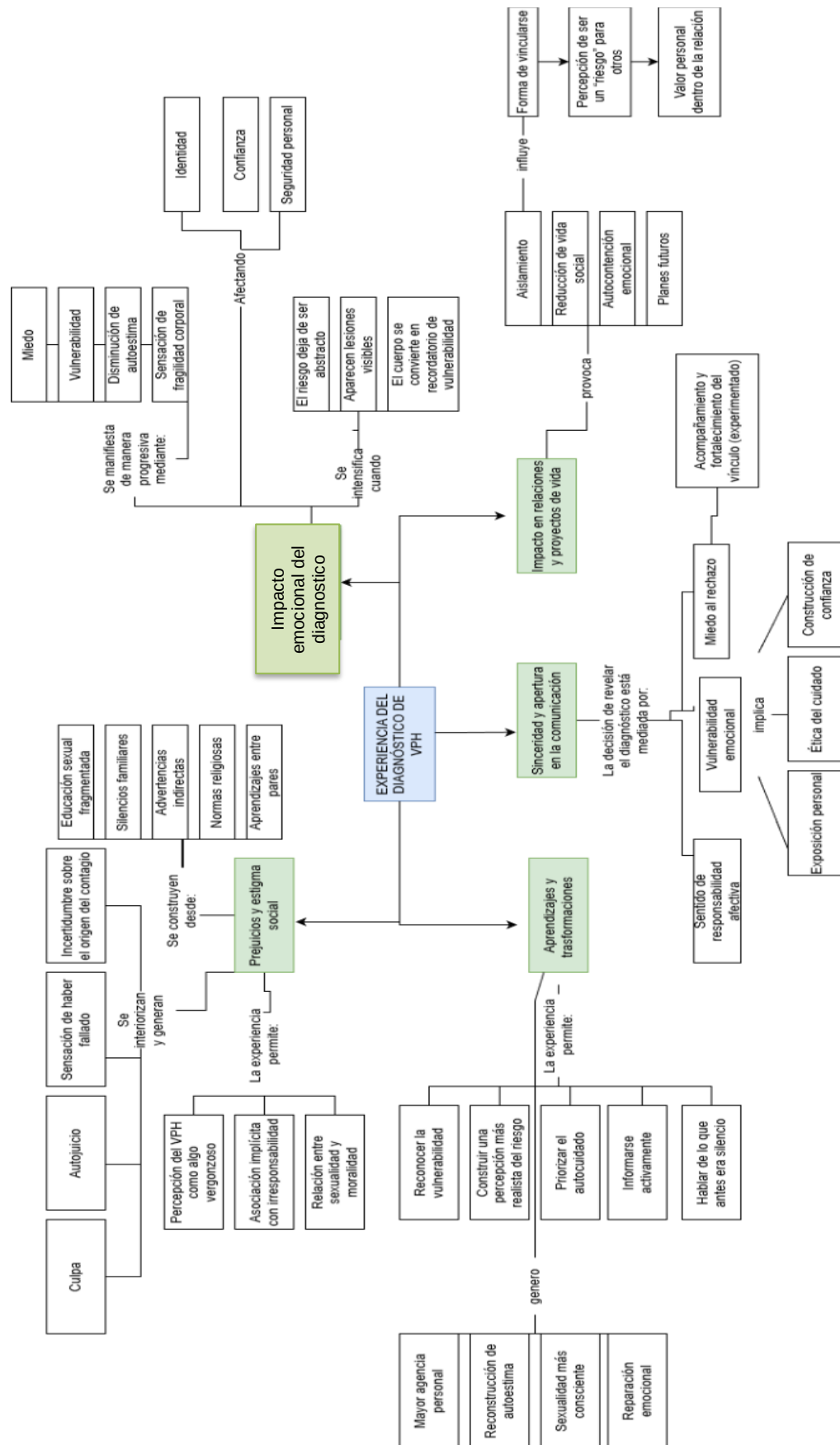
Y luego está el otro, siempre el otro. Abril no piensa el problema únicamente en términos individuales. En su mirada, hay una línea clara que no debería cruzarse: la de poner en riesgo a alguien más. Lo dice con una mezcla de honestidad y firmeza, como quien ha aprendido que el cuidado también es una forma de respeto. Para ella, ignorar eso no es solo un error, sino un acto que habla de egoísmo.

Así, entre emociones que reconoce y decisiones que exige, Abril construye una forma de entender el VPH que no se queda en el miedo. Es, más bien, una invitación —casi un llamado— a hacerse cargo, a actuar con responsabilidad y a no olvidar que, incluso en lo más íntimo, nuestras decisiones siempre alcanzan a otros.

A continuación, se presenta un mapa que sintetiza la información expuesta anteriormente:

Figura 7

Síntesis gráfica del caso de Abril: experiencias, emociones y significados frente al VPH



Nota. Elaboración propia a partir de los hallazgos del caso de Abril.

7. ¿Quién es Javier?

Javier tiene 32 años y proviene de una familia pequeña, integrada por sus padres y una hermana. En su vida cotidiana después del trabajo suele ir al gimnasio. También está aprendiendo a tocar el piano y procura mantener el contacto con sus amigos, a quienes frecuenta cuando el tiempo se lo permite.

Es profundamente individualista, no por falta de afecto, sino por convicción. Cree que los errores se enfrentan en soledad y que la responsabilidad es personal. Desde ese lugar, ha aprendido a hacerse cargo de lo que le ocurre sin buscar soluciones externas inmediatas.

Javier es alguien que reflexiona sobre su propia historia. Revisa lo vivido sin buscar absoluciones rápidas. No se victimiza, pero tampoco se niega el dolor. Con el tiempo, ha aprendido a hablar poco a poco, a elegir con cuidado a quién decirle las cosas y a construir una red mínima, pero significativa, que le permita no atravesarlo todo.

7.1 Advertir sin explicar.

En la casa de Javier la sexualidad nunca fue un tema, fue una advertencia. No hubo charlas largas ni explicaciones claras. Tampoco hubo preguntas abiertas ni espacios seguros para la duda. En esa casa, la sexualidad no se discutía: se contenía. Todo se reducía a una frase que se repetía como regla, como advertencia y como frontera. Siempre con el mismo tono, sin variaciones, sin ejemplos, sin contexto. “No salgan con sus chingaderas”.

“Mi educación, pues ¿qué te puedo decir?... Fue muy rudimentaria, venía de parte de la escuela en mi casa se escuchaba la típica frase: “no quiero que me salgas con tus chingaderas”. Recuerdo que nos decían a mi hermana y a mí: no queremos que nos salgan con sus chingaderas, o así. algo muy sencillo, no sé cómo explicarlo, muy básico. Eso lo dan en la escuela... cosas así.” (Javier en entrevista, 2026)

Decirla parecía suficiente, como si nombrar el peligro de forma vaga fuera una manera de evitarlo.

La frase no buscaba enseñar, buscaba frenar. No invitaba a entender, sino a obedecer. *No salgan con sus chingaderas* era, en realidad, una advertencia concreta, aunque se dijera de forma vaga. El embarazo era el centro de todas las advertencias. Todo giraba alrededor para evitarlo.

Con el tiempo, Javier entendió que esa era la única manera en la que la sexualidad podía existir dentro de su hogar: como algo que se mencionaba solo para prohibirse. Nunca como una experiencia que pudiera explicarse, pensarse o sentirse. No había lugar para el “por qué”, solo para el “no”.

La repetición constante de la frase terminó por cumplir su función. No porque aclarara algo, sino porque enseñó a callar. Javier aprendió que preguntar era innecesario y, quizá, indebido. Con el tiempo algunas cosas relevantes a la sexualidad se daban por hecho y otras simplemente no se nombraban.

“Casi no se habló, se daba por hecho”. (Javier en entrevista, 2026).

La figura que más se acercó a tocar el tema dentro del hogar fue su madre. Pero incluso ella prefería la frase antes que la explicación.

“Era mi madre, pero siempre utilizaba su frase de “no salgan con sus chindageras” para ella era más fácil decir esto que explicarnos”. (Javier en entrevista, 2026).

Decirla era más fácil que sentarse a hablar. Más fácil que enfrentar preguntas que quizá ella misma no sabía cómo responder.

La consecuencia fue silenciosa pero constante: Javier aprendió a no preguntar. No porque no tuviera dudas, sino porque entendió que no había espacio para ellas. La poca frecuencia con la que se hablaba del tema se transformó en incomodidad, y la incomodidad en costumbre.

En su familia había creencias claras, aunque nunca se discutieran abiertamente. La sexualidad estaba ligada a una sola expectativa: llegar virgen hasta el matrimonio. Todo lo que se salía de ahí era visto como un error, algo que no debía suceder.

“En mi familia se nos decía que teníamos que llegar virgen hasta el matrimonio.” (Javier en entrevista, 2026)

El discurso familiar priorizaba la prevención de una consecuencia puntual, prevenir un embarazo. Mientras otros riesgos asociados a la sexualidad permanecían invisibilizados.

En cambio, las infecciones de transmisión sexual casi no existían dentro del discurso familiar. No formaban parte de los valores, ni de las creencias, ni siquiera de los miedos explícitos. Simplemente no se hablaba de ellas.

No porque se negará su existencia, sino porque no parecían una preocupación real. Nadie se sentó a explicar qué eran, cómo se transmitían o por qué importaban. El silencio también alcanzaba ese tema. Lo poco que llegó a escuchar fue de manera superficial, casi como rumor. Comentarios sueltos que circulaban más como estereotipos que como información. Decían que esas enfermedades solo se adquirían en lugares específicos, en contextos “mal vistos”.

Congales, prostíbulos, sitios asociados a lo prohibido. Lugares donde la gente “bien”, no existe.

“Yo escuchaba que esas enfermedades solo se podrían adquirir en un congal o así muy superficial” (Javier en entrevista, 2026.)

“No había una comunicación buena en esos temas sobre la sexualidad y los cuidados que uno debe tener al iniciar su vida sexual activa, lo que si recuerdo es que entre conversaciones generalmente entre ellos, tenían profundamente arraigado que las infecciones de transmisión sexual solo se daban en ciertos lugares que la gente “bien” no frecuenta, o personas que no andan en buenos pasos” (Javier en entrevista, 2026).

En su casa, dar explicaciones no era una prioridad. Se asumía que lo demás se aprendería en la escuela, que ahí les hablarían de “esas cosas”. Y así fue. En la secundaria aparecieron por primera vez palabras más concretas: enfermedades, infecciones, embarazo. Todo explicado de forma general, rápida, sin espacio para lo personal. Información sin acompañamiento. La escuela volvió a ser el único espacio donde el tema apareció con un poco más de claridad.

La información llegaba de forma general, muchas veces superficial. En forma de charlas breves, contenidos que se mencionaban rápido y seguían su camino. No eran talleres profundos ni espacios de diálogo. Eran datos que se daban y se dejaban ahí, esperando que cada quien supiera qué hacer con ellos.

Algunas veces, había exposiciones frente al grupo: cada quien describía una enfermedad distinta, como si se repartieran temas al azar. Uno hablaba del VIH, otro de la clamidia. Definiciones, síntomas, conceptos básicos.

Era un aprendizaje fragmentado. Cada quien decía su parte y seguía adelante. La información pasaba, pero no se quedaba.

Aun así, dentro de ese espacio escolar, Javier recuerda algo distinto a lo que ocurría en casa. Aunque los contenidos fueran superficiales, sí existía cierta apertura.

“Bueno en la escuela yo siento que realmente si a pesar de la información era muy superficial si había mucha apertura entre todos los compañeros... ósea si tuvimos buenas herramientas, la verdad en la escuela.” (Javier en entrevista, 2026)

Había posibilidad de preguntar, de comentar, de hablar sin tanta censura. Entre compañeros se sentía menos el peso del juicio. La escuela, con todo y sus limitaciones, les ofrecía herramientas que no habían encontrado en otro lugar. Sin embargo, esas conversaciones rara vez se centraban en las enfermedades. Entre amigos, los temas tomaban otro rumbo. Eran pláticas cargadas de morbo, comentarios sin profundidad, bromas que no buscaban comprender sino impresionar. No había reflexión ni cuidado, solo curiosidad mal encauzada.

La sexualidad circulaba entre ellos más como rumor que como conocimiento. Fuera de la escuela, Javier no encontró otros espacios donde estos temas se abordaran de manera más profunda. No pertenecía a ninguna iglesia ni se sentía identificado con una religión; nunca fue algo central en su vida.

“No, ahí sí soy... no me gusta llamarlo ateo, no soy muy apegado a una religión; de hecho, no creo en nada de eso y la verdad las religiones no son como un tema central o importante.” (Javier en entrevista, 2026)

Aunque sabía que en muchos lugares se transmitían mensajes sobre la sexualidad desde lo religioso, en su experiencia esos discursos no tuvieron un peso real ni marcaron de forma consciente sus decisiones.

Más adelante, al mirar hacia atrás, Javier identificaba ese tipo de mensajes y la forma con la que creció en cuanto a la educación sexual recibida en su hogar no influyeron directamente en la manera en que vivía su sexualidad. Al menos no de forma evidente. Para él, esas ideas simplemente estaban ahí, formando parte del fondo, sin hacerse notar, como un ruido constante que no se cuestiona.

La idea repetida por ejemplo de que el sexo debía esperar hasta el matrimonio no estaba como una convicción propia, sino como una norma cultural que circulaba en distintos espacios.

“El sexo hasta estar casados o hasta tener un matrimonio... además de que la televisión igual influye mucho en eso, pero pues no...” (Javier en entrevista, 2026)

La televisión también contribuía a ese paisaje, reforzando imágenes y expectativas donde se mezclaban moral, miedo y silencios. Nada de eso parecía determinante en ese momento. No se sentía interpelado de forma directa. Sin embargo, con el tiempo, Javier empezó a notar que incluso aquello que no se vive como imposición puede dejar huella.

7.2 Cuando el riesgo parecía ajeno

Antes del diagnóstico, Javier no dudaba de sí mismo. Estaba convencido de que sabía lo suficiente; más aún, se pensaba como alguien con un conocimiento amplio y sólido sobre los riesgos de una vida sexual activa. Esa seguridad era casi una identidad. Con el paso del tiempo, sin embargo, esa misma certeza se transformó en una de las fuentes más profundas de su frustración. Recordarlo así

—tan seguro, tan confiado— le resultaba incómodo.

En ese entonces se sentía informado: conocía los métodos de prevención, sabía de vacunas, de cuidados, de advertencias repetidas una y otra vez. Desde su propia mirada, no había ignorancia en sus decisiones. Y justamente por eso, el golpe fue mayor después. Porque no podía refugiarse en la idea de no haber sabido.

Lo que falló, entendió más tarde, no fue la información. Fue algo más sutil y más difícil de aceptar: la convicción silenciosa de que a él no le iba a pasar. Una excepción imaginaria que lo colocaba, sin razón aparente, fuera del riesgo. Sabía reconocer las situaciones peligrosas, podía nombrarlas con claridad, incluso advertirlas en otros. Pero cuando se trataba de sí mismo, algo se desdibujaba. El peligro se volvía abstracto, lejano, casi ajeno.

“Guau..., yo me consideraba una persona muy... con un amplio conocimiento... o sea, eso ya después me frustra mucho... quizá el momento me llevó a malas prácticas y ahí fue donde todo se fue al carajo, pero antes estaba yo informado, conocía métodos, conocía, por ejemplo, lo de las vacunas y todo, pero pues fue como: “ay, no creo que me pase a mí”. Eso fue, no sé si me doy a entender; yo sentía que eso no me iba a pasar a mí.” (Javier en entrevista, 2026)

Y en ese autoengaño discreto, en esa confianza mal colocada, fue donde empezó a abrirse la grieta que solo se haría visible mucho después.

Su primer encuentro sexual ocurrió alrededor de los diecisiete años. Al recordarlo, Javier lo describía como una experiencia muy mala, ocurrida durante un día de pinta, con alcohol de por medio y en un contexto poco cuidado. Sin embargo, en términos de prevención, señalaba que actuó con cautela desde el inicio. El miedo estuvo muy presente, acompañado de curiosidad.

“En aquel momento, nos cuidamos, la primera vez fue, mucha precaución, muchos miedos, pero pues no se qué paso después...” (Javier en entrevista, 2026)

Ese temor inicial funcionó como un límite: lo llevó a protegerse, a ser meticuloso y a mantenerse consciente de los riesgos. En ese momento, el miedo operó como una guía para sus decisiones.

Lo que no lograba entender del todo era qué había cambiado después. Tras esa primera experiencia, su percepción del riesgo no se modificó de manera significativa. Seguía repitiéndose que había que cuidarse, que era mejor prevenir que lamentar. Su discurso se mantenía intacto, incluso cuando sus prácticas empezaron a contradecirlo. Con el paso del tiempo, su vida sexual se volvió cada vez más accesible, más inmediata. Bastaba instalar una aplicación, aceptar una invitación, repetir el proceso una y otra vez. Javier reconocía que ahí aparecieron las malas prácticas. Las cuales no pensaba como un castigo; prefería nombrarlas como una consecuencia directa de sus decisiones.

“Era muy fácil instalar alguna aplicación y tener un encuentro con una persona, otra y otra... la verdad que si tuve uso de malas prácticas, no me gusta verlo como un castigo, pero si como una consecuencia.” (Javier en entrevista, 2026)

Fue dentro de esa misma dinámica que, ocurrió el episodio que daría lugar al diagnóstico. 7.3 El día que dejó de ser una excepción

El diagnóstico llegó en una etapa que, desde su propia mirada, consideraba plena. No tenía compromisos que lo limitaran ni responsabilidades que lo detuvieran. Se sentía libre para vivir, para salir, para pasarla bien. No percibía problemas ni complicaciones en su vida; todo transcurría con una sensación de calma y estabilidad. Tenía tiempo para sí mismo, para moverse con libertad, para sostener encuentros. En ese momento, creía que su vida estaba en orden.

“Según yo estaba bien, vamos a llamarlo plena. No tenía compromisos, solo me estaba entregando a vivir, a pasarla bien; no tenía ningún problema, según yo ninguna complicación en mi vida. estaba muy tranquila. Tenía tiempo para salir, tener más encuentros. Tenía una vida muy estable.” (Javier en entrevista)

Sin embargo, a sus 30 años, en una etapa en la que los encuentros se habían vuelto frecuentes y muchas veces con personas que apenas conocía. Existía un lugar al que solían llegar, a veces él primero, a veces la otra persona, un espacio de tránsito donde permanecían un rato, casi sin palabras, como si el tiempo quedara suspendido. Ese día salió de trabajar con el cuerpo cansado, sudado, arrastrando la rutina, y antes de que llegara la otra persona decidió ducharse. Fue entonces cuando algo lo detuvo. No supo explicarlo de inmediato, pero lo sintió con una claridad inquietante: algo no estaba bien.

La reacción fue instantánea, casi violenta, nacida del instinto. El pensamiento apareció sin filtros, sin matices: eso está mal. No hubo tiempo para pensar ni para medir consecuencias; actuó desde el impulso, desde un miedo primario que lo atravesó de golpe y lo llevó a arrancarse aquella lesión que había descubierto, una lesión que más tarde sabría que estaba relacionada con el VPH.

“Cuando me di cuenta yo realizaba muchos encuentros con personas que realmente no conocía. Entonces, teníamos un lugar, no quiero dar nombres... el punto es que en ese lugar a veces yo llegaba antes o la otra persona llegaba antes; el punto es que ahí estábamos un rato. Un día que yo salí de trabajar, andaba sudado, cosas así, y me quise dar una ducha. Pues me di cuenta de que algo raro había antes de que llegara la otra persona y, pues, no sé, mi instinto en ese momento... tuve una lesión. Mi instinto fue de... “eso está mal, eso que yo tengo ahí está mal”, y mi instinto fue tan primitivo que me lo arranqué, o sea, literal con los dedos me lo arranqué, la lesión que tenía.” (Javier en entrevista, 2026)

Apenas después, cuando el cuerpo comenzó a reaccionar y la adrenalina descendió, llegó el verdadero impacto. La incredulidad lo paralizó. El miedo se volvió más denso, más profundo. No podía creer lo que acababa de suceder ni aceptar que aquello le estuviera ocurriendo a él.

“En ese momento no lo podía creer. La verdad me asusté demasiado, dije: “¿cómo es posible que...?”. Entré en un estado de shock, no podía creer que esto me estuviera pasando a mí.” (Javier en entrevista, 2026)

La pregunta se repetía una y otra vez, sin encontrar respuesta, mientras entraba en un

estado de shock en el que todo parecía irreal, distante, como si se tratara de la vida de alguien más. En ese instante, no solo se enfrentó a una alteración en su cuerpo, sino al quiebre de la imagen que tenía de sí mismo, de su sensación de control, de la certeza de que sabía lo suficiente como para que algo así no le pasara.

Después de ese momento, el impacto no se disipó; al contrario, se fue asentando. Javier entró en una depresión silenciosa. Se sentía profundamente solo. Y esa soledad tenía un matiz particular, porque siempre había sido alguien a quien le gustaba estar solo, cuidar su espacio, moverse con autonomía. Pero esta vez era distinto. No era una elección, era un encierro. Se dijo a sí mismo que nadie podía saberlo. Nombrar el diagnóstico —decirse “tengo VPH”— fue suficiente para que su mundo se le viniera abajo.

“Yo entré en depresión, me sentí muy, muy solo, y soy una persona a la que le gusta estar solo y tener su propio espacio, pero dije: esto nadie lo puede saber... Yo cuando me enteré, dije “tengo VPH, tengo esto”, mi mundo se me fue y dije: ¿ahora qué hago?, ¿quién me puede ayudar? Y te digo, yo soy una persona a la que le gusta estar mucho tiempo solo; mis amigos son contados, yo vivo aquí en Tulancingo, muchos son de fuera, y dije: obviamente no se los puedo decir, e igual como voy a llegar a la casa y decir: “¿sabes qué?, tengo esto”. (Javier en entrevista,2026)

No podía imaginarse llegando y pronunciando esas palabras. No era solo miedo al juicio; era algo más profundo. Javier se reconoce como alguien individualista, alguien que creía firmemente que, si uno se equivoca, es uno mismo quien debe hacerse cargo. Y desde esa perspectiva, eso fue lo que hizo: asumió que le tocaba afrontarlo solo. No resolverlo del todo — porque aún no terminaba—, pero sí enfrentarlo.

“No sé cómo explicarlo, sí me siento muy triste, muy solo, pero igual me siento muy capaz de poder arreglar esto; o sea, suena muy contradictorio porque a la vez de que me siento muy triste, muy solo, de que no puedo acudir con nadie, sé que tengo las herramientas de poder solucionarlo, de que no avance a más, porque uno se mete a ver internet y madres, salen un chingo de cosas muy feas.” (Javier en entrevista,2026).

Esa dualidad lo sostenía y lo desgastaba a la vez. Porque mientras intentaba mantenerse firme, el miedo se colaba por otros lados: bastaba entrar a internet para encontrarse con escenarios alarmantes, información confusa, imágenes y palabras que amplificaban la angustia. Durante varios meses, Javier tuvo la sensación de que su vida sexual se había terminado. La

culpa se instaló de manera constante, insistente, casi obsesiva. Aparecía una y otra vez, incluso cuando ya estaba en tratamiento médico, asistiendo a consultas, retirando las lesiones, siguiendo indicaciones. Nada de eso lograba disiparla.

“A lo mejor un periodo de 3 meses sí me sentí como que mi vida sexual se acabó; todo el tiempo fue culpa, culpa, culpa, culpa, a pesar de que ya estaba yendo aquí al doctor a retirar las lesiones, siempre fue culpa, una culpa muy fea, muy rara, porque seguía en la eternidad de no poder decir esto.” (Javier en entrevista, 2026).

Era una culpa extraña y pesada, que no se vinculaba únicamente con lo ocurrido, sino también con el silencio que lo rodeaba. Con no poder decirlo. Con cargarlo solo. Y en esa prolongación de lo no dicho, en ese tiempo suspendido, la manera en que se percibía a sí mismo comenzó a resquebrajarse poco a poco.

Para ese entonces, Javier ya se encontraba en tratamiento, pero la búsqueda de un buen médico resultó ser otro proceso difícil. Llegó a un consultorio arrastrando el miedo y la inquietud de no saber exactamente qué estaba pasando, esperando ser ayudado y auxiliado para entender lo que estaba pasando. Sin embargo, no fue así, aquel consultorio privado le resultó inmediatamente mediocre. Apenas explicó lo que tenía y lo que había ocurrido, la respuesta fue breve, casi automática: retirar la lesión con láser y nada más.

“Empecé a buscar aquí en Tulancingo doctores, urólogos, pero pues ni al caso... o sea, llegué con uno y su atención se me hizo tan mediocre que no, y pensé: “no me voy a atender aquí”. Llegué al consultorio, le dije lo que tenía y lo que te conté hace un rato, y me dijo: “ah, te la vamos a quitar con láser”, y ya. Para ellos era algo como, no sé, tan de rutina que ni siquiera me dijo “debes de hacer esto y esto”. Y pues yo no, no me dio confianza, me asusté.” (Javier en entrevista, 2026).

No hubo explicaciones, ni indicaciones posteriores, ni un intento por contextualizar lo que estaba viviendo. Todo se manejó con una naturalidad fría, como si se tratara de un procedimiento más dentro de una larga lista.

Esa experiencia fue suficiente para tomar una decisión. Se fue a la Ciudad de México. Ahí, el trato fue distinto desde el inicio. Le explicaron con detalle, le hablaron del genotipo que tenía, de las lesiones visibles, de lo que implicaba el diagnóstico.

“Me fui a Ciudad de México. Ahí sí me explicaron, me dijeron el genotipo que tenía, que causaba lesiones visibles y más, y ya me dio más seguridad y confianza.” (Javier en entrevista, 2026)

Más allá de la información médica, encontró algo que hasta ese momento había faltado: empatía. No se sintió tratado como un caso más, como alguien que entra y sale sin dejar huella. Esa diferencia le dio seguridad y confianza.

Al contrastar ambas experiencias, la frialdad de la atención en Tulancingo se volvió aún más evidente. Todo había sido distante, apresurado, casi mecánico, como una cadena en la que una persona sale y otra entra sin que importe quién es ni qué está cargando. Esa forma de atención lo dejó con una profunda decepción, aun tratándose de un espacio privado, y reforzó la sensación de que, en un momento tan vulnerable, no siempre hay un lugar donde sentirse verdaderamente acompañado.

Con esta nueva atención y un panorama más amplio sobre su diagnóstico, comunicarlo dejó de parecerle tan aterrador. La claridad con la que le explicaron lo que tenía y la forma en que fue tratado le dieron una base distinta desde la cual empezar a hablar. No lo hizo de inmediato ni de manera abierta, pero poco a poco comenzó a decirlo. Eligió con cuidado a quién. Fueron pocos: cuatro amigos en total, dos hombres y dos mujeres. Decirlo fue un alivio inesperado. Al hacerlo, Javier sintió que se quitaba un peso de encima. No porque el problema desapareciera, sino porque dejó de cargarlo completamente solo.

“Claro, cuando yo les dije, me quité un peso de encima porque dije: por lo menos ya no estoy solo” (Javier en entrevista, 2026)

Esa sensación se volvió especialmente importante en los momentos en que tenía que viajar a la Ciudad de México para atenderse. Su médico estaba allá y, aunque nadie tenía la obligación de acompañarlo, el simple hecho de decirle a un amigo que iba a revisar ese tema le generaba tranquilidad. Antes, ni siquiera podía explicar por qué iba al doctor; ahora, compartirlo le daba paz.

Poder expresarlo, aunque fuera con pocas personas, tuvo un efecto liberador. Hablarlo bastó para que la carga se volviera más llevadera. Ese pequeño espacio de palabra fue suficiente para sentirse emocionalmente más ligero, como si algo se acomodara. El problema seguía ahí, pero ya no pesaba igual. Decirlo lo ayudó a sostenerse y a seguir adelante con la sensación de que, aunque fuera poco, ya no estaba completamente solo.

“Mi doctor está en la Ciudad de México y un amigo, que no tenía la necesidad de acompañarme, pero el hecho de decir “¿sabes qué? voy a ir a la Ciudad de México a revisar este tema” me hacía sentir como en paz, porque antes ni siquiera tenía con quién compartirle por qué estaba yendo al doctor. Y el simple hecho de poder expresarlo, o sea, con dos personas, la verdad me liberaba emocionalmente, me quitó una carga y dices: “bueno, ya es menos...”. (Javier en entrevista, 2026)

7.4 Atravesando el diagnóstico

La manera en la que hoy enfrenta lo que le ocurre, además de la red de apoyo que poco a poco ha ido construyendo, es volcando la atención hacia sí mismo. No habla de grandes estrategias ni de fórmulas complejas; más bien, de un proceso sostenido, cotidiano, en el que ha intentado hacerse cargo de su cuerpo y de su tiempo.

“Me he enfocado en mí; mi médico me está aplicando las vacunas, ya tengo dos, me falta la tercera dosis; el gimnasio, el deporte, la alimentación a veces me falla un poco, pero pues igual tengo suplementos.” (Javier en entrevista, 2026).

Figura 8.

Registro de vacunas

Vacuna	Nombre comercial	Fecha	Cantidad	Lote	Observaciones	Nombre Firma Cadula
Hepatitis A						
Herpes Zoster						
Neumococo						
Influenza						
Papilloma Humano						

Nota. Control de registro de vacunas, facilitado por la participante. se resguardaron y omitieron datos de identificación personal.

Figura 9.
Registro de vacunas

The image shows an open vaccination record book. The left page has a header with the logo 'mi consultorio San Pablo.' and a table with columns: Vacuna, Nombre comercial, Fecha, Caducidad, Lote, Observaciones, and Nombre Firma Cédula. The first row is filled with information for 'GARDASIL 09', including a barcode and handwritten notes '2da aplicación' and '12-01-26'. The right page is blank and has the same header and table structure.

Nota. Control de registro de vacunas, facilitado por la participante.

El tratamiento médico continúa, el esquema de vacunación avanza *constante*.

—ya con dos dosis aplicadas y una más pendiente— y las consultas se mantienen
A ese cuidado médico se sumaron rutinas que le ofrecían una sensación de estabilidad: el gimnasio, el deporte, la intención de alimentarse mejor.

“Siento que estoy afrontándolo bien, pero pues dicen que lleva tiempo, no es como que ya con eso ya estás curado o algo así; o sea, lleva su tiempo y yo me he estado dando mi tiempo, igual de no conocer a nadie, de enfocarme en mí básicamente.”(Javier en entrevista, 2026).

La posibilidad de conocer a alguien y permitir que ese encuentro se transformara en algo más estable le despertaba un miedo persistente. No tanto por lo que vivía en el presente, sino por el momento inevitable de tener que decirlo, de nombrarlo sin rodeos, de exponerlo ante otro.

“En donde te puedo compartir que me afecta, o que sí influye, es en conocer a una persona y que esa persona quiera formalizar conmigo y esas cosas; y pues la verdad yo no me he dado la oportunidad, tengo ese miedo de decir: “¿sabes qué?... tengo esto”. O sea, no, y la desinformación está canija y muchas personas escuchan el término de VPH y salen corriendo.” (Javier en entrevista, 2026)

Sabía que la desinformación pesaba más de lo que debería, que bastaba pronunciar la palabra VPH para que muchas personas reaccionaran con distancia, con prejuicio o con un silencio incómodo. Ante ese panorama, había decidido no darse la oportunidad, mantenerse al margen. No era solo una retirada solo por temor, sino también una forma de hacerse cargo: de ponerse a sí mismo en el centro, de priorizar su proceso antes que cualquier vínculo.

En ese mismo sentido, mantenerse al margen de los vínculos sentimentales implica también resguardar el diagnóstico. No es lo mismo decirlo a algunos amigos, en un espacio de confianza ya construido, que nombrarlo frente a una posible pareja. Ahí entran otros factores: la expectativa, el miedo al juicio, la posibilidad del rechazo, la carga de tener que explicarse. Compartirlo en un vínculo afectivo supone exponerse de otra manera, abrir una intimidad distinta, más frágil. Sabe que no se trata únicamente de una decisión racional, sino de una sensación que lo atraviesa por completo: no se siente apto para una relación afectiva. El tema lo absorbe. Aunque no esté presente todo el tiempo, basta con que algo se active para que todo vuelva a girar en torno a lo mismo. De pronto, su vida se repliega hacia un solo punto: consultas médicas, tratamientos, fechas marcadas, tiempos de espera. El cuerpo se convierte en el centro de todo, en el territorio donde se libra la batalla más urgente. El objetivo es claro: eliminarlo, salir de esto, recuperar una sensación de control.

Con el paso del tiempo, Javier fue organizando su proceso en términos de espera. Más que una fecha exacta, se trataba de un horizonte temporal que le permitiera sentir que el tratamiento avanzaba y que la situación estaba bajo control.

“No, yo no quiero compartir mi diagnóstico porque realmente tampoco siento que estoy apto para una relación afectiva, porque este tema sí me está absorbiendo mucho. O sea, no es como que todo el tiempo me enfoque a esto; de un día para otro mi vida se volcó en esto, en

tratar de eliminarlo y salir de esto lo más rápido que se pueda, y pues ir con el doctor. Para que ya... son 2 años, no sé si me mentalicé mucho, pero es hasta el 2027 para decir: “ya, ya la libré”, pero sé que ahorita no progresa en nada y pues no me siento limpio. Entonces, después de esto sé que con las vacunas ya lo podré transmitir tan fácil.” (Javier en entrevista,2026)

En su mente, el año 2027 aparecía como un punto de referencia, un momento a partir del cual podría evaluar el proceso con mayor distancia. No lo pensaba como un cierre definitivo, sino como una etapa que debía atravesar con paciencia. Sabía que el esquema de vacunación y el seguimiento médico reducirían el riesgo de transmisión, y ese conocimiento formaba parte de su manera de afrontar la situación. Por ahora, había decidido concentrarse en su cuerpo y en el tratamiento, respetar los tiempos y sostener el proceso con cautela. No se trataba de renunciar a los vínculos afectivos, sino de establecer una pausa. Una forma de priorizarse y de asumir la responsabilidad sobre su propio proceso antes de compartirlo con alguien más.

La idea de comunicarlo a una pareja aún esta ambigua, por un lado, Javier imagina ese momento como algo que solo podría ocurrir desde un lugar distinto, desde lo que él mismo nombra como un punto de victoria: cuando el tratamiento haya concluido, cuando los resultados médicos confirmen que el proceso quedó atrás, cuando pueda sentirse libre de esa carga. Antes de eso, *decirlo le resulta impensable.*

“Claro, pero ya se lo contaría desde mi punto de victoria, desde el punto donde yo ya me siento libre de esto, ¿sabes?, no de antes. Porque eso es algo que no me gusta: que las personas me vean así, como con lástima, vamos a llamarlo así, de “ay, no puedes, pobrecito”.” (Javier en entrevista,2026)

No quiere ser mirado desde la lástima ni desde una narrativa de fragilidad. No tolera la idea de ocupar ese lugar, de ser percibido como alguien que necesita compasión o ánimo constante. Incluso la posibilidad de que alguien lo acepte o intente ayudarlo le resulta abrumadora.

“Porque que la persona lo acepte y que la persona me quiera ayudar o me dé ánimos siento que yo no lo podría tolerar.” (Javier en entrevista,2026)

No porque dude de la buena intención, sino porque todavía no puede habitar esa exposición sin incomodidad. Prefiere esperar a sentirse en paz consigo mismo, y a que el proceso médico cierre de manera clara, a que un resultado negativo marque un antes y un después.

Pero también desde el otro lado y desde esa perspectiva, también cuestiona la necesidad

futura de decirlo. Una vez concluido el tratamiento, una vez que los estudios confirmen que todo está en orden, comunicarlo deja de ser una urgencia. Tal vez solo tenga sentido si el tema surge, si el contexto lo amerita, si la conversación lo conduce ahí. Pero ya no como una carga inicial ni como una confesión obligada. Más bien como una información que, llegado el momento, puede o no compartirse. Javier no percibe el diagnóstico como algo definitivo ni paralizante. Para él, esto es una condición pasajera, un proceso que tiene un curso y un tiempo, algo que no tiene un poder absoluto sobre su vida.

“Hasta que llegue al punto de que yo diga: “¿sabes qué? ya”, y que el PCR salga negativo, ahora sí, ya. pero, para empezar, creo que después de eso, de esos resultados médicos, creo que no habría necesidad de comunicarlo a las personas. Si tal vez surge el tema o no sé, se da adelante, pero después de eso creo que no es necesario.” (Javier en entrevista, 2026)

En el presente, Javier vive su sexualidad como algo suspendido, por el momento. No solo ha puesto una pausa a la posibilidad de una relación afectiva, sino también a todo lo que antes formaba parte de su vida sexual. No como un castigo, sino como una decisión radical que acompaña el proceso que atraviesa.

“Hoy en día mi sexualidad se fue al carajo; te digo, puse una pausa tremenda... así como puse pausa para tener una relación afectiva, también la puse para lo demás; de aquí en adelante se murió.” (Javier en entrevista, 2026)

Con el paso del proceso, Javier reconoce que algo se ha movido en su manera de entender el riesgo y la prevención. Durante mucho tiempo dio por sentado que a él no le iba a pasar. La información estaba ahí —los datos, los titulares, las cifras que hablaban del aumento de infecciones como el VPH o el VIH—, pero permanecía distante, casi ajena. Sabía que existían, sabía que eran reales, pero no las sentía cercanas. No formaban parte de su propia narrativa.

Ahora, al mirar hacia atrás, identifica con claridad ese punto ciego. Reconoce que tuvo las posibilidades de haberse preparado mejor, de haberse vacunado antes, de haber tomado decisiones preventivas cuando todavía no había consecuencias visibles. No lo dice desde el reproche absoluto, sino desde una toma de conciencia que llega tarde, pero llega. El aprendizaje no aparece como una lección cerrada, sino como una revisión incómoda de aquello que se postergó, de lo que se minimizó, de lo que se creyó innecesario porque parecía no aplicar a su propia vida.

Ese reconocimiento no borra lo ocurrido, pero reconfigura su forma de pensarse a sí

mismo frente al cuidado, al riesgo y a la responsabilidad. Lo que antes era una certeza implícita —“a mí no”— hoy se transforma en una pregunta más amplia sobre la prevención, la información y la falsa sensación de inmunidad que, sin notarlo, había sostenido durante años.

“Claro, porque siento que a veces, te digo, yo di por sentado: “a mí ni me pasa nada”. Tú misma dijiste hace un rato que salió en los titulares que los índices están muy altos de VPH y VIH, y digo: bueno, carajo, ¿en qué momento? Pero siento que sí pude haber estado preparado, sí me pude haber vacunado antes; o sea, tenía las posibilidades, todo, y no lo hice.” (Javier en entrevista, 2026).

Hoy, Javier se mira a sí mismo desde otro lugar. Reconoce a la persona que fue —asustada, culposa, encerrada en el silencio—, pero ya no se confunde con ella. Se percibe más capaz, más consciente de su propio cuerpo y de sus límites. Ha aprendido a escucharse sin castigarse, a cuidarse sin miedo. Y, sobre todo, se sabe querido.

El apoyo que ha recibido —médico, psicológico y emocional— le permitió resignificar la experiencia. Entendió que no todo debe atravesarse en soledad, que pedir ayuda no es una renuncia a su autonomía, sino una forma distinta de ejercerla. La red que fue construyendo, mínima pero firme, lo sostuvo cuando el peso era demasiado grande.

Ese reconocimiento no borra lo ocurrido, pero reconfigura su forma de pensarse a sí mismo frente al cuidado, al riesgo y a la responsabilidad. Lo que antes era una certeza implícita —“a mí no”— hoy se transforma en una pregunta más amplia sobre la prevención, la información y la falsa sensación de inmunidad que, sin notarlo, había sostenido durante años.

Al recordar cómo se hablaba de la sexualidad en su entorno familiar, Javier no puede evitar pensar que le hubiera gustado que ese tema se nombrara de otra forma. Más abierta, más directa, sin rodeos ni eufemismos. Con el tiempo entendió que ese silencio social, esa forma tibia de abordar el tema, también había tenido un peso. Pensaba que, quizá, si las conversaciones hubieran sido más claras, más insistentes, más honestas, muchos casos como el suyo podrían haberse evitado.

No se trataba, en su caso, de desinformación. Él sabía. Había leído, escuchado, aprendido. Pero el problema fue otro: la falta de importancia real que se le daba al tema, la manera en que parecía quedar siempre en segundo plano, como si no fuera urgente o cercano. En su imaginario, esas situaciones pertenecían a otros cuerpos, a otros contextos, a ciertos grupos específicos. No a él.

Sin darse cuenta, había construido una distancia cómoda entre la información y la experiencia. Una idea silenciosa, casi automática, según la cual eso le pasaba a otros, a personas distintas, con vidas distintas. Nunca se pensó dentro de esa posibilidad. Y fue justamente ahí, en esa falsa separación, donde el riesgo se volvió invisible.

Hoy, al mirar en retrospectiva, Javier entiende que hablar importa. Nombrar importa. Darle el peso que merece a lo que incomoda puede marcar una diferencia. No como advertencia moral, sino como un acto de cuidado. Porque el problema no siempre es no saber, sino creer que el riesgo nunca va a tocar la propia puerta.

“Me hubiera gustado que se hablara más abiertamente y más directo, porque siento que así se pudieran evitar más casos como el mío, que si bien no fue desinformación lo que me pasó, si fue como que el tema en si no se le dio la importancia que se debía y solo imaginaba que eso pasaba en cierto grupo de personas y no me podría pasar a mi” (Javier en entrevista, 2026)

Al pensar en lo que le diría a alguien que acaba de recibir un diagnóstico similar, Javier vuelve inevitablemente a sus propios primeros meses. Recuerda ese inicio como un momento especialmente oscuro, cargado de miedo y de pensamientos catastróficos. Desde ahí, lo primero que surge no es una recomendación médica, sino humana: no quedarse solo. A pesar de que hoy en día su proceso médico continúa y, al mismo tiempo, ha logrado avanzar en la comprensión de lo que ha vivido, también ha experimentado cambios significativos en su forma de pensar respecto al estigma. Persiste de forma intermitente, manifestándose en pensamientos que surgen casi sin control. Cualquier sensación en su cuerpo —una molestia en la garganta, una leve comezón en el ojo— puede convertirse en el inicio de una serie de ideas que lo llevan a imaginar escenarios preocupantes.

Frente a esta inquietud constante, ha desarrollado una forma de sobrellevarla: mantenerse ocupado en todo momento. Llena sus días de actividades, se impone tareas y evita los espacios de quietud. No se trata únicamente de mantenerse productivo, sino de no dejar lugar al pensamiento. Sabe, en el fondo, que es una manera poco saludable de gestionar lo que siente, pero también reconoce que, mientras está en movimiento, la angustia parece disminuir.

Así, se satura de cosas por hacer, no por elección, sino como una forma de sostener cierta calma. Porque cuando el ritmo se detiene, los pensamientos regresan, insistentes, recordándole que el proceso no solo es médico, sino también emocional.

“Desde que paso esto del VPH, he tenido que sobre saturarme, de actividades todo tiempo a todas horas, porque la angustia por así decirlo me hace pensar muchas cosas, que si ya lo tengo en la garganta, que si ahora me pica el ojo, enserio y una de las malas maneras de mantener la calma es eso, me atasco de cosas que hacer, para no tener tiempo de pensar en esto.” (Javier en entrevista, 2026)

Con el tiempo, esa misma necesidad de encontrar contención lo llevó a involucrarse en espacios donde otras personas atravesaban procesos similares. Grupos de apoyo, conversaciones compartidas, mensajes intercambiados con desconocidos que, sin embargo, entendían exactamente lo que se sentía. Ahí fue testigo de la carga emocional con la que muchas personas llegan al diagnóstico, del nivel de angustia y desesperación que puede aparecer en un primer momento. Frente a eso, su postura es clara: ofrecer escucha, abrir un canal, decirle al otro que no está solo y que lo que vive, por devastador que parezca al inicio, no es el fin.

“Mira, ves que te comenté que durante los primeros meses mi diagnóstico sí fue como fatal. Yo no es como... ¿qué le diría? Yo ya lo he hecho, tengo un grupo, donde subiste la publicación; luego sí veo comentarios de “es que me quiero matar”, yo les digo: si necesitas hablar con alguien, escíbeme en privado, porque de verdad se siente muy feo, pero veme a mí, no es el fin del mundo. Veo a otras personas; es que tenemos un grupo de WhatsApp en donde vamos metiendo a la gente que como que la tiene más difícil emocionalmente y les decimos: véngase con nosotros, hace dos, tres años estábamos igual, así como tú, con un diagnóstico, con lesiones visibles horribles, pero míranos ahora. Y por eso ahí, como que compartir las cosas a otras personas, abrirte a nuevas personas es liberador, alivia, te quita una carga emocional horrible.” (Javier en entrevista, 2026)

Para Javier, compartir la experiencia cumple una función fundamental. Alivia. Quita peso. Permite tomar distancia del miedo inicial. En esos espacios, las historias se repiten con variaciones: personas que llegaron igual de asustadas, con lesiones visibles, con vergüenza, con culpa, y que con el paso del tiempo lograron estabilizarse, informarse, seguir adelante. Mostrar ese recorrido —el antes y el después— se convierte en una forma de sostén para quienes recién comienzan.

También reconoce que no todas las personas atraviesan el diagnóstico desde el mismo lugar. Hay quienes cargan más de una condición, quienes viven el proceso en secreto, quienes no encuentran a quién decirlo sin poner en riesgo su entorno familiar o de pareja. En esos casos, la recomendación se vuelve aún más básica y más urgente: priorizar la propia vida, la salud, el

bienestar emocional. Detenerse. Respirar. Buscar apoyo antes de tomar decisiones impulsadas por el miedo.

Desde su experiencia, el mensaje que intenta transmitir es sencillo, pero firme: el primer momento puede ser devastador, pero no define todo el proceso. Hablar, compartir y dejarse acompañar no resuelve el diagnóstico, pero sí transforma la manera de atravesarlo. Y, en muchos casos, eso marca la diferencia entre cargarlo en soledad o aprender a sostenerlo con otros, además, reflexiona sobre la información que recibe la gente cuando recién se entera de tener VPH. Se habla mucho de prevención, de vacunas y métodos de protección, pero casi nunca de lo que implica vivir con ello. Por eso, afirma, es necesario hablar más de la experiencia real, del día a día con un diagnóstico que, si bien es complejo, no determina el fin de la vida ni de la sexualidad. Reconoce que, incluso sabiendo de vacunas y métodos, se puede caer en el contagio, y entonces lo que importa es cómo se afronta después.

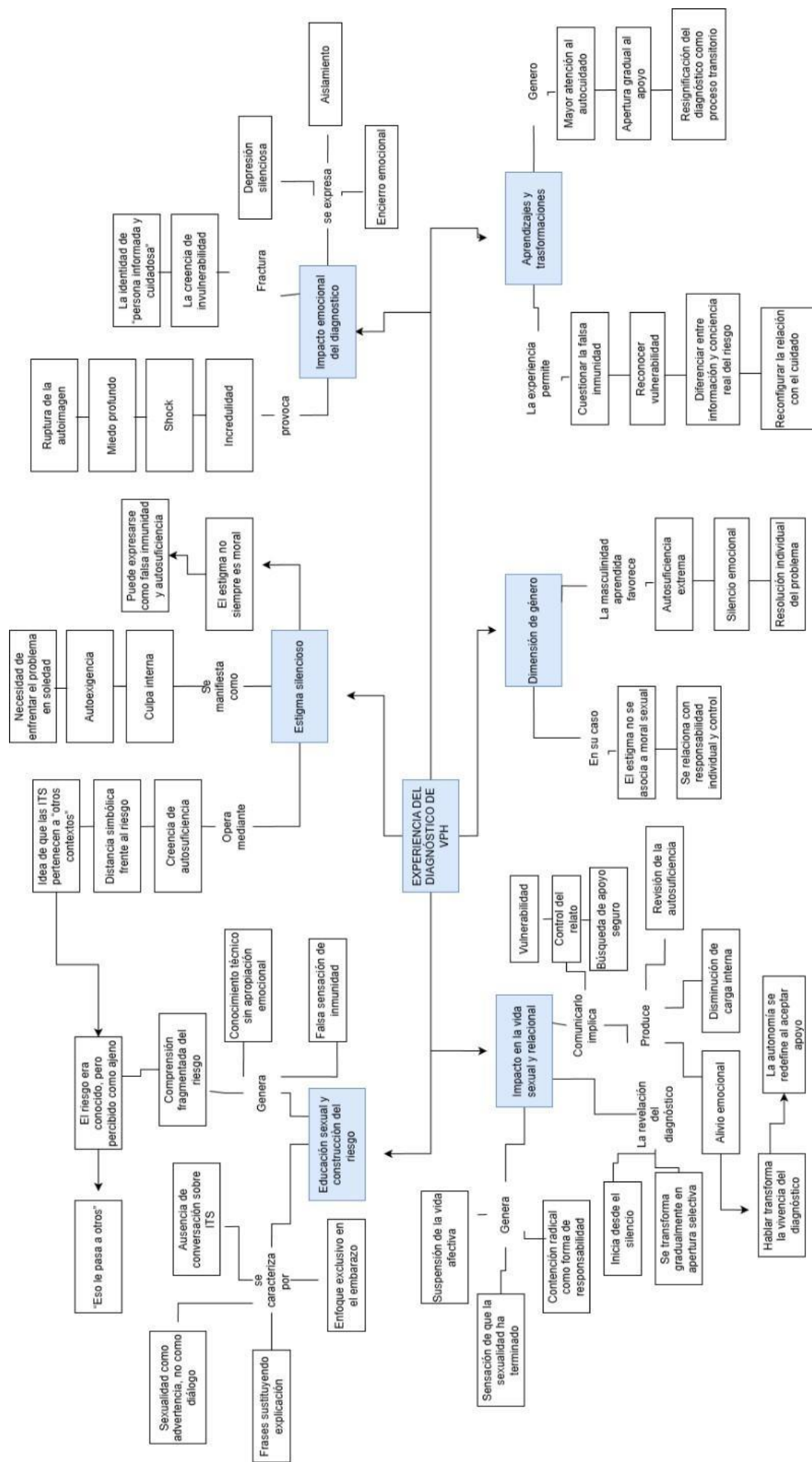
“...yo siento que en una primera instancia es necesario que se hable más, pero no solo desde prevenir, sino desde cómo es ya vivir con esto. Se habla mucho de prevenir; yo por eso te digo que me molesta conmigo mismo, bueno, me molestaba, porque ahorita ya no, de que sabía de vacunas, métodos que te cubren todo, pero pues es una gran ayuda... Aun así, sabiéndolo, puedes caer en ello, y las personas que ya lo tienen, pues ya lo tienen, y ahora, ¿cómo es vivir ya con ello? O sea, nadie te dice: ¿sabes qué? ya no es el fin del mundo” (Javier en entrevista, 2026)

La recomendación que surge de su experiencia es simple: tomar el tiempo para tratarse, enfocarse en el cuidado propio, mantener la calma y recordar que se puede vivir con VPH. No como un intento de normalizarlo, sino de informar: se puede vivir con VPH, atravesarlo, seguir adelante y mantener una vida plena. La primera etapa puede ser catastrófica, pero no definitiva, y la orientación, la compañía y la información correcta marcan la diferencia.

A continuación, se presenta un mapa conceptual que sintetiza la información expuesta anteriormente.

Figura 10

Síntesis gráfica del caso de Javier: experiencias, emociones y significados frente al VPH



Nota. Elaboración propia a partir de los hallazgos del caso de Javier

CAPITULO 6. Análisis

6.1 Cierre analítico del caso: Araceli

A partir del relato de Araceli, es posible comprender que su experiencia con el Virus del Papiloma Humano (VPH) no se configura únicamente como un evento biomédico, sino como un proceso profundamente atravesado por dimensiones sociales, culturales, emocionales y relacionales. En concordancia con el objetivo general de la presente investigación, su vivencia permite evidenciar cómo el diagnóstico se inscribe en una historia previa marcada por discursos sobre la sexualidad, el género y la moral.

En este sentido, resulta fundamental señalar que la experiencia no inicia en el momento del diagnóstico, sino en una construcción simbólica previa. Araceli creció en un entorno donde la sexualidad estaba mediada por el silencio, la idea de “darse a respetar” y una educación que vinculaba el deseo con la culpa. Estos discursos, reforzados por normas sociales y, en algunos casos, por creencias religiosas, contribuyeron a la internalización de una visión punitiva de la sexualidad. Así, las infecciones de transmisión sexual eran concebidas como consecuencia de conductas inapropiadas, lo que favoreció la incorporación del estigma incluso antes de cualquier experiencia directa.

Desde esta perspectiva, el diagnóstico no solo implicó una preocupación por la salud física, sino la activación de un juicio moral interiorizado. La reacción inicial no estuvo centrada en la información médica, sino en la autoacusación, la culpa y el miedo al rechazo. Esto permite observar cómo el estigma social influye de manera directa en la percepción del VPH, tanto a nivel individual como colectivo, asociándolo erróneamente con promiscuidad, irresponsabilidad o falta de valores, a pesar de tratarse de una infección de alta prevalencia.

En cuanto al impacto emocional, se identifica que el diagnóstico se presentó en un momento de alta vulnerabilidad personal, atravesado por pérdidas significativas, conflictos familiares y dificultades económicas. Este contexto intensificó la respuesta emocional, generando ansiedad, miedo, incertidumbre e incluso alteraciones en el descanso. Asimismo, la experiencia trascendió el ámbito físico, incidiendo en la autoestima, la identidad y la percepción del futuro. Particularmente, se observa una afectación en la forma de concebir las relaciones de pareja, llegando a interpretarse inicialmente el diagnóstico como una limitante permanente para establecer vínculos afectivos.

Respecto a la comunicación del diagnóstico, el relato evidencia que esta se encuentra

mediada por el miedo al juicio social y la vergüenza. El silencio emerge como una estrategia de autoprotección frente al estigma; sin embargo, también se identifican momentos significativos de apertura, como el diálogo con su hermana y posteriormente con una amiga, que funcionan como espacios de contención emocional. Estas experiencias muestran que la comunicación no solo depende de la información, sino de la confianza, el afecto y la seguridad percibida en los vínculos. Asimismo, la omisión inicial de información por parte de su pareja refleja cómo el estigma puede interferir incluso en relaciones cercanas, dificultando la responsabilidad compartida en el cuidado de la salud.

Finalmente, en relación con los aprendizajes y transformaciones personales, se observa un proceso progresivo de resignificación. A pesar de que el diagnóstico fue inicialmente vivido desde el miedo y la desinformación, con el tiempo Araceli logra reconstruir su experiencia desde un lugar de mayor conciencia y autocuidado. Este proceso implicó cuestionar creencias heredadas, reconocer las limitaciones de una educación sexual basada en el silencio y comprender que la culpa no constituye un mecanismo preventivo. Asimismo, se evidencia el desarrollo de una postura más reflexiva y ética frente a la sexualidad, destacando la importancia de la comunicación honesta en futuras relaciones.

En síntesis, la historia de Araceli permite concluir que la vivencia del VPH está profundamente condicionada por el contexto sociocultural, los discursos aprendidos sobre la sexualidad y las condiciones emocionales en las que se recibe el diagnóstico. El estigma social influye directamente en la autopercepción, generando culpa y auto juicio, mientras que el impacto emocional puede ser tan significativo como el físico. No obstante, también se evidencia que, incluso en escenarios marcados por el estigma, es posible transitar hacia procesos de aprendizaje, resignificación y transformación personal, lo cual resulta fundamental para comprender el VPH desde una perspectiva integral, social y humanizada.

6.2 Cierre analítico del caso: Abril

El caso de Abril permite comprender que la experiencia del Virus del Papiloma Humano (VPH) no se configura como un acontecimiento aislado ni exclusivamente biomédico, sino como un proceso atravesado por trayectorias educativas, emocionales y relacionales construidas desde etapas tempranas de la vida. En concordancia con el objetivo general de la presente investigación, su vivencia evidencia cómo el diagnóstico se inscribe en un entramado previo de significados en torno a la sexualidad, el riesgo y la moral.

En este sentido, es importante señalar que su experiencia no inicia con el diagnóstico, sino en un contexto caracterizado por silencios familiares, advertencias implícitas y una educación sexual fragmentada. Aunque no existían prohibiciones estrictas, predominaban el pudor y la idea de que la sexualidad debía gestionarse con discreción. Esta formación contribuyó a la construcción de una percepción ambigua del riesgo, en la que, si bien existía cierto conocimiento sobre las infecciones de transmisión sexual, no había una apropiación real de la vulnerabilidad. Desde esta perspectiva, el estigma operaba de manera latente, no a través de sanciones explícitas, sino como un marco simbólico implícito que asociaba estas infecciones con vergüenza o conductas inadecuadas.

Cuando el diagnóstico se confirma, este entramado previo se activa, dando lugar a una respuesta emocional centrada en la culpa y el autojuicio. La imposibilidad de identificar con certeza el momento del contagio intensifica esta vivencia, evidenciando cómo el estigma puede ser interiorizado incluso en ausencia de un señalamiento externo directo. En este sentido, puede comprenderse que Abril se encontraba en una condición que, siguiendo a Goffman (2006), se aproxima a lo desacreditable, es decir, una característica que no es inmediatamente visible, pero que puede convertirse en motivo de estigmatización en la medida en que es revelada o descubierta.

El impacto emocional se desarrolla de manera progresiva. El tránsito de una percepción de invulnerabilidad hacia la experiencia concreta de la enfermedad representa un punto de quiebre significativo. La aparición de lesiones transforma el riesgo en una realidad tangible, lo que genera miedo, incertidumbre y una reconfiguración de la vida cotidiana. En este proceso, se observa un periodo de retraimiento social y una modificación en las dinámicas relacionales, motivadas por el temor a representar un riesgo para otros, así como por cambios en la percepción de sí misma, particularmente en términos de autoestima.

En cuanto a la comunicación del diagnóstico, esta se encuentra mediada por el tipo de vínculo y el nivel de confianza establecido. Mientras que con figuras cercanas logra compartir su experiencia, en otros espacios predomina el silencio como forma de protección frente al posible juicio social. Esta selectividad en la revelación puede entenderse, desde la perspectiva de Goffman (2006), como parte de las estrategias que desarrollan las personas con atributos potencialmente estigmatizables para regular su interacción social, especialmente cuando existe la posibilidad de ser desacreditadas.

La revelación a su pareja constituye un momento clave dentro de su experiencia. Esta decisión se encuentra atravesada tanto por el miedo al rechazo como por un fuerte sentido de responsabilidad afectiva. La respuesta empática y de acompañamiento por parte de su pareja permite resignificar el diagnóstico, disminuyendo la carga de culpa y favoreciendo la construcción de un vínculo basado en la confianza y la corresponsabilidad. No obstante, se identifica una dimensión de género relevante, ya que, a pesar del apoyo recibido, la responsabilidad del seguimiento médico y el tratamiento recae principalmente en Abril, lo que refleja la persistencia de desigualdades en el cuidado de la salud sexual.

Finalmente, en relación con los aprendizajes y transformaciones personales, se observa un proceso de resignificación progresiva. Abril transita de una percepción de invulnerabilidad hacia una mayor conciencia del riesgo, el autocuidado y la importancia de la información. El diagnóstico deja de ser interpretado como un castigo para convertirse en una experiencia de aprendizaje. En este proceso, logra integrar lo vivido dentro de su historia personal sin que ello ocupe el centro absoluto de su identidad, desplazando el peso inicial del estigma hacia una comprensión más reflexiva de sí misma.

En síntesis, el caso de Abril evidencia que la vivencia del VPH está profundamente influida por el contexto sociocultural, los aprendizajes previos y las condiciones emocionales en las que se inscribe el diagnóstico. El estigma social opera de manera sutil pero significativa, favoreciendo la culpa interiorizada y afectando la autopercepción. Sin embargo, también se observa que, a través del acompañamiento, la información y la apertura al diálogo, es posible transitar hacia procesos de transformación personal que permiten resignificar la experiencia desde

el autocuidado, la responsabilidad afectiva y una relación más consciente consigo misma y con los demás.

6.3 Cierre analítico del caso: Javier

El caso de Javier permite comprender que la experiencia del Virus del Papiloma Humano (VPH) no se configura únicamente como un evento biomédico, sino como un proceso atravesado por aprendizajes previos, construcciones de género y formas particulares de gestionar la vulnerabilidad. En concordancia con el objetivo general de la investigación, su vivencia evidencia cómo el diagnóstico se articula con un contexto donde la sexualidad no era un espacio de diálogo abierto, sino de advertencias parciales y silencios significativos.

Desde etapas tempranas, la sexualidad en su entorno estuvo centrada en la prevención del embarazo, mientras que las infecciones de transmisión sexual permanecían fuera del discurso. Esto no implicó una ausencia total de información, sino una comprensión fragmentada y distante del riesgo. En este sentido, el VPH era concebido como una posibilidad real, pero ajena, vinculada a “otros contextos” o “otras personas”, lo que favoreció una percepción de invulnerabilidad.

Cuando el diagnóstico se presenta, esta distancia simbólica se rompe, generando un impacto que no solo es físico, sino profundamente subjetivo. La experiencia inicial se caracteriza por incredulidad, miedo y una culpa que, aunque no es reforzada externamente, se instala a través de un proceso interno de autoevaluación. En este punto, se observa una tensión entre la identidad previa — como una persona informada y cuidadosa— y la nueva condición, lo que produce un quiebre en la forma en que se percibe a sí mismo.

A diferencia de otros casos, el estigma no se manifiesta aquí a través de un temor explícito al juicio moral, sino mediante su anticipación. En términos de Goffman (2006), esto puede entenderse como una forma de conciencia del estigma, en la que el individuo, aun sin haber sido directamente desacreditado, ajusta su comportamiento en función de las posibles reacciones sociales. Esto se refleja en la decisión de limitar la comunicación de su diagnóstico, especialmente en el ámbito afectivo-sexual, y en la adopción del silencio como una forma de gestión personal de la experiencia.

En relación con el impacto emocional y relacional, el diagnóstico representa un punto de quiebre significativo. La suspensión de su vida sexual y afectiva no responde únicamente a una

indicación médica, sino a una decisión atravesada por el temor al rechazo, la carga simbólica del diagnóstico y la necesidad de priorizar su propio proceso. Asimismo, su forma de afrontamiento inicial se encuentra influida por un modelo de masculinidad centrado en la autosuficiencia, donde los problemas se enfrentan de manera individual. Esta postura, si bien le permite mantener cierto control, también favorece el aislamiento emocional y la sensación de soledad.

Con el tiempo, y a partir del acompañamiento médico y la adquisición de información más clara, Javier comienza a flexibilizar esta postura. La comunicación de su diagnóstico en un círculo reducido de confianza representa un momento de transición importante, ya que le permite experimentar contención emocional y cuestionar la idea de que el afrontamiento debe ser exclusivamente individual. Desde la perspectiva de Goffman (2006), este proceso puede interpretarse como un ajuste en la forma en que el individuo gestiona su interacción social, pasando de una lógica de reserva total hacia una apertura selectiva.

No obstante, en el ámbito de las relaciones de pareja, persiste una postura ambivalente. Javier considera la posibilidad de comunicar su diagnóstico desde un “punto de cierre”, pero al mismo tiempo cuestiona la necesidad de hacerlo una vez concluido su proceso médico. Esta tensión refleja el conflicto entre la responsabilidad ética, el deseo de dejar atrás la experiencia y el temor a ser percibido desde la vulnerabilidad.

En cuanto a los aprendizajes y transformaciones personales, se observa un tránsito de la percepción de invulnerabilidad hacia una comprensión más crítica del riesgo, la prevención y el autocuidado. Javier reconoce que el acceso a la información no garantiza su apropiación, y que el cuidado implica una dimensión subjetiva que va más allá del conocimiento. Asimismo, su experiencia le permite replantear su relación con la autosuficiencia, reconociendo el valor del acompañamiento y la importancia de las redes de apoyo.

Sin embargo, este proceso no se configura como un estado definitivo. A pesar de los avances, el estigma persiste de manera intermitente, manifestándose a través de pensamientos intrusivos que emergen ante cualquier sensación corporal. Estas reacciones evidencian que el impacto emocional continúa presente y que la experiencia del VPH trasciende el ámbito clínico. Frente a ello, Javier ha desarrollado estrategias de afrontamiento centradas en la ocupación constante, utilizando la actividad como una forma de regular la ansiedad, aun reconociendo los límites de este mecanismo.

En síntesis, el caso de Javier evidencia que la vivencia del VPH en hombres se encuentra

mediada por narrativas culturales vinculadas a la autosuficiencia, el control emocional y la dificultad para expresar la vulnerabilidad. El estigma no opera necesariamente a través del señalamiento directo, sino mediante su anticipación y la regulación de la conducta en función de posibles juicios sociales. No obstante, también se observa que, a través del acompañamiento, la información y la apertura progresiva, es posible generar transformaciones que permiten resignificar la experiencia desde una perspectiva más consciente, relacional y humana.

6.4 Perspectivas integradas: análisis transversal de casos de VPH

A partir de los relatos de Araceli, Abril y Javier, es posible comprender que la experiencia del Virus del Papiloma Humano (VPH) trasciende ampliamente el ámbito biomédico, configurándose como un proceso profundamente social en el que intervienen significados culturales, aprendizajes previos y formas específicas de interacción. En este sentido, los tres casos evidencian que el diagnóstico no constituye el punto de inicio de la experiencia, sino que se inscribe en un entramado simbólico previo que condiciona la manera en que es interpretado y vivido.

Tal como plantea Goffman (2006), la sociedad establece categorías y atributos considerados “naturales” para sus miembros, a partir de los cuales se definen expectativas sobre lo que cada individuo “debería ser” dentro de un orden social determinado. En este marco, el estigma puede adoptar distintas formas según los criterios sociales de valoración, distinguiéndose entre aquellos vinculados a características corporales, a atributos asociados con el carácter o la conducta, y a elementos relacionados con la pertenencia a determinados grupos sociales. Esta diferenciación permite ubicar la experiencia del VPH, en los casos analizados, principalmente dentro de los estigmas asociados al carácter, ya que la infección es interpretada socialmente no solo como una condición de salud, sino como un reflejo de decisiones personales o comportamientos considerados inadecuados.

Esto se hace evidente en la forma en que Araceli y Abril experimentan sentimientos de culpa y autojuicio, aún sin un señalamiento externo directo, así como en la autoevaluación constante presente en Javier, donde el diagnóstico adquiere un significado que trasciende lo médico para situarse en el plano moral. De este modo, la clasificación propuesta por Goffman (2006) no solo permite comprender la diversidad de formas que puede adoptar el estigma, sino también explicar por qué, en estos casos, la experiencia del VPH se encuentra atravesada por procesos de desvalorización que impactan directamente en la manera en que los individuos se perciben a sí mismos.

En los tres casos analizados, estas expectativas se encuentran estrechamente vinculadas a normas sobre la sexualidad, el género y la moral, donde el ejercicio de la sexualidad aparece regulado por discursos implícitos y explícitos que asocian el riesgo con la desviación. De esta manera, el VPH no es percibido únicamente como una infección, sino como un signo que puede ser interpretado socialmente como evidencia de una conducta inadecuada.

Desde esta perspectiva, el estigma no emerge únicamente tras el diagnóstico, sino que se encuentra previamente incorporado como un marco de referencia. En Araceli, esto se observa en la interiorización de discursos punitivos; en Abril, en la presencia de un estigma latente sostenido por silencios; y en Javier, en la construcción de una distancia simbólica frente al riesgo. Así, cuando el diagnóstico ocurre, no introduce un significado nuevo, sino que activa una estructura previa de sentido que orienta la interpretación hacia la culpa, el autojuicio y la necesidad de explicación.

En este sentido, puede comprenderse que el estigma no surge únicamente por la presencia de una condición, sino en la medida en que existen expectativas sociales ampliamente difundidas sobre cómo deben comportarse los individuos dentro de determinadas categorías. Como señala Goffman (2006), la tensión emerge cuando no solo se espera que las personas adhieran a ciertas normas, sino que también las lleven a la práctica en su vida cotidiana. Esto permite entender por qué, en los tres casos, el diagnóstico del VPH se vincula con sentimientos de culpa y autoevaluación, ya que no solo implica una condición de salud, sino la percepción de haber transgredido expectativas sociales relacionadas con la sexualidad, el cuidado y la responsabilidad personal.

En este punto, resulta relevante considerar que, como señala Goffman (2006), cuando un individuo porta un atributo que lo aleja de las expectativas socialmente construidas, puede ser reducido simbólicamente de una persona “completa y normal” a alguien “menos deseable”. Este proceso permite comprender cómo, en los tres casos, se configura una experiencia que trasciende el plano médico para inscribirse en lo que puede entenderse como una forma de identidad deteriorada, donde el atributo estigmatizante adquiere un peso desproporcionado en la autopercepción. La culpa experimentada por Araceli y Abril, así como la autoevaluación constante en Javier, evidencian cómo el estigma puede operar incluso en ausencia de una sanción externa explícita, configurándose como un mecanismo de regulación interna.

Asimismo, los casos permiten observar distintas formas de posicionarse frente a lo que Goffman conceptualiza como una identidad potencialmente desacreditada o desacreditable. Dado que el VPH no es visible de manera inmediata, los participantes se sitúan en un espacio donde la información sobre su condición puede ser controlada, lo que implica una constante gestión de aquello que puede o no ser revelado en la interacción social.

Desde esta perspectiva, la comunicación del diagnóstico se convierte en un elemento central. Desde la perspectiva de Goffman (2006), los encuentros cara a cara entre personas

consideradas “normales” y aquellas que portan un atributo estigmatizante constituyen momentos clave en los que se ponen en juego, de manera directa, los significados y efectos del estigma. En estos espacios de interacción, los individuos no solo enfrentan la posibilidad de ser juzgados, sino que también deben gestionar cómo presentarse ante los otros y cómo manejar la información sobre su condición.

Los participantes coinciden en la presencia del silencio como una estrategia de protección frente al posible juicio social. Sin embargo, este silencio no es absoluto, sino selectivo. Araceli encuentra espacios de apertura en vínculos de confianza; Abril regula cuidadosamente a quién revelar su diagnóstico; y Javier transita de una reserva casi total hacia una apertura limitada. Estas dinámicas reflejan lo que Goffman (2006) describe como el manejo de la información, donde el individuo negocia constantemente entre ocultar, revelar o modular aquello que podría afectar su identidad social.

Por otra parte, los relatos evidencian que la interacción con otros puede modificar significativamente la experiencia del estigma. En este sentido, Goffman (2006) señala que existen personas que, a partir de su experiencia dentro de instituciones vinculadas con el manejo de ciertas condiciones, desarrollan una comprensión particular sobre quienes portan un estigma. No obstante, esta cercanía no siempre implica una respuesta empática, ya que también puede dar lugar a interacciones marcadas por la distancia o la neutralidad. Esto se observa en la manera en que, en algunos casos, el diagnóstico es comunicado desde una postura percibida como fría o poco sensible, lo que influye en la forma en que los individuos interpretan su condición desde el primer momento.

Las respuestas empáticas —como el acompañamiento de la pareja en el caso de Abril o el apoyo emocional en los círculos cercanos de Araceli y Javier— permiten contrarrestar parcialmente la carga simbólica del diagnóstico. En esta línea, Goffman (2006) también describe a aquellas personas que, por su cercanía con el individuo estigmatizado, son percibidas socialmente como vinculadas a su condición, compartiendo en cierta medida las implicaciones del estigma. Esta relación favorece la construcción de espacios de comprensión y apoyo, donde el diagnóstico deja de ser únicamente una experiencia individual para convertirse en una vivencia acompañada.

En cuanto a las estrategias de afrontamiento, se identifican diversas formas de responder a esta condición. El aislamiento, la evitación de relaciones, la focalización en el tratamiento

médico o la ocupación constante emergen como mecanismos para gestionar la ansiedad, el miedo y la incertidumbre. No obstante, estos recursos no eliminan el estigma, sino que permiten hacerlo manejable dentro de la vida cotidiana. Finalmente, las experiencias analizadas muestran procesos de transformación y resignificación. A pesar de que el diagnóstico se experimenta inicialmente desde el miedo, la culpa y la desinformación, con el tiempo los participantes logran reconstruir su experiencia desde una perspectiva más reflexiva. Este tránsito puede comprenderse a partir de lo que Goffman (2006) denomina la “carrera moral” del individuo estigmatizado, es decir, el proceso mediante el cual la persona aprende, negocia y reconfigura el significado de su condición dentro de su historia personal. En este sentido, como sugiere Goffman (2006), las experiencias difíciles pueden ser reinterpretadas como situaciones que, aunque dolorosas, favorecen la obtención de aprendizajes sobre la vida, las relaciones y la propia identidad. Esto se refleja en los tres casos analizados, donde el diagnóstico del VPH, más allá de su carga negativa inicial, se transforma en una experiencia que posibilita el desarrollo de mayor conciencia, responsabilidad y comprensión de sí mismos.

De este modo, el sufrimiento asociado al estigma no se limita a una experiencia negativa, sino que también puede dar lugar a aprendizajes significativos. En los tres casos, se observa una mayor conciencia sobre el autocuidado, la importancia de la información y la necesidad de establecer relaciones basadas en la comunicación y la responsabilidad afectiva. De este modo, la experiencia del VPH deja de ser entendida únicamente como una marca negativa para convertirse en un punto de inflexión que posibilita cambios en la forma de relacionarse consigo mismos y con los demás. En síntesis, el análisis transversal permite concluir que la vivencia del VPH está profundamente mediada por procesos sociales de construcción del estigma, los cuales influyen directamente en la identidad, las emociones y las formas de interacción de las personas diagnosticadas. Desde la perspectiva de Goffman (2006), los casos analizados evidencian que el estigma no reside en la condición en sí misma, sino en los significados sociales que se le atribuyen y en las expectativas normativas que regulan la sexualidad. De este modo, el diagnóstico no introduce el estigma, sino que activa estructuras simbólicas previamente interiorizadas, dando lugar a procesos de culpa, autoevaluación y gestión de la identidad. Asimismo, las estrategias de ocultamiento, revelación y resignificación muestran que los individuos no son sujetos pasivos frente al estigma, sino agentes que negocian activamente su identidad en la interacción social, reconstruyendo el significado de su experiencia más allá de la marca inicial.

Conclusiones

A partir del análisis de las experiencias relatadas, es posible concluir que el Virus del Papiloma Humano (VPH) continúa siendo una infección profundamente atravesada por construcciones sociales marcadas por el silencio, el prejuicio y la desinformación. Lejos de ser comprendido únicamente desde su dimensión biomédica, el VPH se inscribe en un entramado de significados culturales que lo asocian con ideas de promiscuidad, irresponsabilidad y culpa moral, lo que influye directamente en la forma en que es percibido socialmente y experimentado a nivel individual.

En este sentido, el estudio permite evidenciar que la ausencia o fragmentación de la educación sexual, particularmente en el ámbito familiar, contribuye a la construcción de una percepción distorsionada del riesgo. La falta de diálogo sobre infecciones de transmisión sexual y el predominio de discursos centrados exclusivamente en la prevención del embarazo favorecen la idea de que el VPH es un evento lejano o improbable. Como consecuencia, el diagnóstico suele ser vivido con sorpresa, confusión y, en muchos casos, vergüenza, reforzando así el carácter estigmatizante de la experiencia. Esto pone de manifiesto la necesidad de generar espacios de diálogo más abiertos, accesibles y libres de juicio que permitan desarticular los significados negativos que rodean al virus.

El impacto del diagnóstico no se limita al plano médico, sino que se extiende a la dimensión emocional y relacional. Inicialmente, se presentan respuestas como miedo, incertidumbre y cuestionamientos personales; sin embargo, conforme se adquiere mayor información, se observa un proceso de normalización que, si bien contribuye a disminuir la carga emocional, también puede derivar en la minimización del seguimiento médico. Esta ambivalencia revela una tensión importante entre la desestigmatización del virus y la posible banalización de sus implicaciones en la salud.

Asimismo, la experiencia del diagnóstico suele activar patrones de pensamiento centrados en los “hubieras”, como “si no hubiera tenido relaciones sexuales en ese momento”, “si hubiera actuado de otra manera” o “si me hubiera cuidado más”. Estos pensamientos repetitivos intensifican la carga emocional, llevando a las personas a reinterpretar sus decisiones pasadas desde la culpa y el arrepentimiento. Este ciclo de autocrítica puede afectar la autoestima, generar ansiedad y dificultar la apertura para hablar sobre la enfermedad con familiares, parejas o incluso profesionales de la salud. En este sentido, la culpa no solo se

experimenta como una emoción, sino que puede convertirse en un obstáculo para el manejo adecuado de la enfermedad y la búsqueda de apoyo social.

No obstante, incluso cuando existe acompañamiento médico y una mayor comprensión del padecimiento, persisten temores relacionados con la posibilidad de recurrencia, lo que evidencia que el impacto emocional del VPH no desaparece por completo, sino que se transforma y se mantiene de manera latente en la experiencia de quienes lo viven.

En el ámbito de las relaciones interpersonales, el diagnóstico introduce dinámicas complejas en la comunicación, particularmente con la pareja. La revelación de la condición implica una negociación emocional atravesada por el temor al juicio, al rechazo o a la desvalorización. En este proceso, la apertura no depende únicamente de la disposición individual, sino también del contexto en el que se recibe el diagnóstico. La manera en que los profesionales de la salud comunican la información resulta clave, ya que una transmisión fría o exclusivamente técnica puede intensificar la ansiedad y la sensación de deshumanización, mientras que una comunicación empática puede favorecer procesos de afrontamiento más saludables.

Frente a este escenario, algunas personas deciden no comunicar su diagnóstico por miedo a las consecuencias relacionales, mientras que otras experimentan una profunda preocupación por el riesgo de transmisión a su pareja actual. Estas dinámicas reflejan que el impacto del VPH trasciende la dimensión biomédica y se inserta en el terreno emocional, moral y vincular, donde intervienen el estigma, los significados culturales atribuidos a la sexualidad y el temor a la descalificación social. De este modo, el diagnóstico no solo afecta la salud física, sino también la identidad, la confianza en la pareja y la manera en que las personas gestionan su vida afectiva y sexual.

Por otro lado, los hallazgos muestran que, a pesar de la carga emocional y social asociada al diagnóstico, la experiencia del VPH también puede dar lugar a procesos significativos de reflexión y transformación personal. En los casos analizados, el diagnóstico se configura como un punto de inflexión que impulsa la revisión de creencias, prácticas y formas de relación con el propio cuerpo. La comprensión de la alta prevalencia del virus favorece una mirada menos moralizante de la sexualidad, permitiendo resignificar la experiencia desde una perspectiva más informada y consciente.

Asimismo, se observa un fortalecimiento del autocuidado, expresado en una mayor atención a la salud, el acceso a información y la adopción de prácticas preventivas. De manera particularmente relevante, la experiencia puede ser reinterpretada no solo como un evento negativo, sino como una oportunidad de crecimiento, en la que el individuo reorganiza prioridades, fortalece su autoestima y construye nuevas formas de relacionarse consigo mismo y con los demás.

Un hallazgo significativo del estudio radica en la decisión de los participantes de no ocultar su identidad, optando por el uso de sus nombres reales al compartir su experiencia. Este acto, aunque puede parecer menor, adquiere un profundo valor simbólico, ya que implica una postura activa frente al estigma. En un contexto donde el VPH suele asociarse con vergüenza y ocultamiento, el hecho de nombrarse abiertamente puede interpretarse como una forma de resistencia que cuestiona los significados sociales negativos atribuidos a la infección. De este modo, no solo se narra una experiencia personal, sino que se contribuye a la construcción de nuevas formas de comprensión más abiertas y menos punitivas. En este sentido, visibilizar la experiencia sin recurrir al anonimato representa un paso importante en la ruptura del silencio que históricamente ha rodeado al VPH.

En este marco, los hallazgos dialogan con la perspectiva de Erving Goffman al evidenciar que el estigma no surge únicamente a partir del diagnóstico, sino que se encuentra previamente interiorizado a través de los discursos, prejuicios y significados sociales construidos en torno a la sexualidad y las infecciones de transmisión sexual. De este modo, cuando una persona adquiere una condición como el VPH, dichos significados se manifiestan en forma de culpa, vergüenza, miedo o autocrítica, influyendo en la manera en que interpreta su experiencia y se relaciona consigo misma y con los demás.

No obstante, también se pone de manifiesto la capacidad de las personas para resignificar dicha experiencia, cuestionar los discursos estigmatizantes y construir narrativas más complejas y menos punitivas sobre su propia vivencia. En este contexto, el perdón — particularmente el autoperdón— emerge como un elemento fundamental en los procesos de resignificación del diagnóstico. Frente a la culpa, el arrepentimiento y los pensamientos centrados en los “hubieras”, el autoperdón permite a las personas reconstruir la relación consigo mismas, alejándose de la lógica punitiva que suele acompañar a las infecciones de transmisión sexual. Más allá de justificar o negar la experiencia, el perdón implica reconocerla, comprenderla y otorgarle un nuevo sentido dentro de la propia historia de vida. En este sentido, diversos autores

señalan que el perdón no solo funciona como un mecanismo de liberación emocional, sino también como un proceso que favorece la reconstrucción de la identidad y la recuperación del bienestar. Así, en un contexto marcado por el estigma social, el autoperdón se configura como una herramienta clave para transitar del autojuicio hacia formas más compasivas de comprenderse a sí mismo.

Asimismo, retomando a Erving Goffman, resulta importante reconocer que nadie se encuentra completamente exento del juicio social. Incluso quienes son considerados “normales” dentro de determinados parámetros sociales también ocultan inseguridades, experiencias o aspectos de sí mismos susceptibles de ser juzgados. En este sentido, la división entre quienes estigmatizan y quienes son estigmatizados no es absoluta, sino una construcción social dinámica que evidencia la vulnerabilidad compartida de los individuos frente a las expectativas y normas sociales. Reconocer esta condición humana común permite cuestionar las lógicas punitivas asociadas al VPH y avanzar hacia formas más empáticas, comprensivas y humanizadas de relacionarse con quienes viven esta experiencia.

En síntesis, el VPH puede comprenderse no solo como un problema de salud pública, sino como un fenómeno social que revela tensiones profundas entre conocimiento, moralidad y experiencia. Abordarlo desde una perspectiva integral implica no solo mejorar el acceso a la información, sino también transformar los discursos que perpetúan el estigma y el silencio. En este sentido, visibilizar el VPH, nombrarlo y hablar abiertamente de él no solo contribuye a la prevención, sino que representa una acción social necesaria para cuestionar los significados que históricamente han marcado a quienes lo viven. Así, avanzar hacia una comprensión más empática, informada y libre de juicio no solo impacta en la salud, sino también en la dignidad y en la reconstrucción de la identidad de las personas diagnosticadas.

Cierre Integrador

En conjunto, esta investigación permite mirar el Virus del Papiloma Humano más allá de su dimensión clínica, reconociéndolo como una experiencia profundamente humana que atraviesa emociones, relaciones y significados contruidos socialmente. Más que un diagnóstico, el VPH se revela como un punto de encuentro entre el cuerpo, la historia personal y los discursos culturales que moldean la manera en que las personas se perciben y se relacionan con los otros.

Humanizar el VPH implica desplazar la mirada de la enfermedad hacia las personas que la viven. Supone reconocer que detrás de cada diagnóstico existe una historia situada, atravesada por miedos, silencios y aprendizajes, pero también por la capacidad de resignificar la experiencia y construir nuevas formas de comprensión. En este sentido, el problema no radica únicamente en la presencia del virus, sino en los significados que socialmente se le atribuyen y en las formas en que estos influyen en la vivencia individual.

El estigma, sostenido por narrativas morales aún vigentes, continúa operando como un mecanismo que limita la comunicación, refuerza la culpa y dificulta la construcción de espacios seguros para hablar de la sexualidad. Frente a ello, romper el silencio se vuelve un acto fundamental. Nombrar el VPH, hablar de él y visibilizarlo no solo implica informar, sino también cuestionar los prejuicios que históricamente lo han rodeado.

Así, más que ofrecer respuestas definitivas, este trabajo invita a replantear la manera en que se comprende el VPH, promoviendo una mirada más empática, informada y consciente. Avanzar hacia una transformación real implica no solo mejorar el acceso a la información, sino también generar cambios en los discursos sociales, en las prácticas educativas y en la forma en que se acompaña a quienes reciben un diagnóstico.

En última instancia, hablar del VPH es también hablar de la forma en que una sociedad entiende el cuerpo, la sexualidad y la responsabilidad compartida. Abrir esta conversación, sostenerla sin juicio y reconocer la dignidad de quienes viven esta experiencia constituye un paso esencial hacia una comprensión más justa y profundamente humana.

Referencias

Bosméan, L., Chaffanjon, P., & Bellier, A. (2022). Impact of physician–patient relationship training on medical students' interpersonal skills during simulated medical consultations: A cross-sectional study. *BMC Medical Education*, 22, 117. <https://doi.org/10.1186/s12909-022>

Brito, C. B., Flores, M. J., Delgado, J. D., & Mendoza, S. P. (2022). Impacto de una intervención educativa en la calidad de vida de pacientes adultos infectados por virus del papiloma humano (VPH). *Revista Dilemas Contemporáneos: Educación, Política y Valores*, 9(3), Artículo 44. <http://www.dilemascontemporaneoseduccionpoliticayvalores.com/>

Bruni, L., Albero, G., Serrano, B., Mena, M., Gómez, D., Muñoz, J., Bosch, F. X., & de Sanjosé, S. (2023). Global and regional estimates of genital human papillomavirus prevalence among men: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet Global Health*, 11(9), e1345–e1362. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(23\)00305-4](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(23)00305-4)

Chesson, H. W., Dunne, E. F., Hariri, S., & Markowitz, L. E. (2014). The estimated lifetime probability of acquiring human papillomavirus in the United States. *Sexually Transmitted Diseases*, 41(11), 660–664. <https://doi.org/10.1097/OLQ.0000000000000193>

Cvetkovic-Vega, A., Maguiña, J. L., Soto, A., Lama-Valdivia, J., & Correa-López, L. E. (2021). Estudios transversales. *Revista de la Facultad de Medicina Humana*, 21(1), 179–185. <https://doi.org/10.25176/rfmh.v21i1.3069>

Escalante, J. (2021). Experiencias de hombres diagnosticados con el virus del papiloma humano. *REDES. Revista de Divulgación Crisis y Retos en la Familia y Pareja*, 2(2), 7–13. <https://doi.org/10.22402/j.redes.unam.2.2.2020.338.7-13>

Folgueiras Bertomeu, P. (2016). *La entrevista* [Documento de trabajo]. Universitat de Barcelona. <https://hdl.handle.net/2445/99003>

Goffman, E. (2006). *Estigma: La identidad deteriorada* (L. Ginsberg, Trad.; 10.^a reimp.). Amorrortu.

Gutiérrez Zambrano, L. J., Cantos Sánchez, M. M., Luzuriaga Saltos, M. E., Sabando Cedeño, J. C., Montaña Parrales, G. M., & Llor Vinuesa, G. M. (2018). VPH y cáncer cervicouterino como un estigma social. *Dominio de las Ciencias*, 4(4), 25–35.

Jensen, J. E., Becker, G. L., Jackson, J. B., & Rysavy, M. B. (2024). Human papillomavirus and associated cancers: A review. *Viruses*, 16(5), 680. <https://doi.org/10.3390/v16050680>

Jensen, K. E., Schmiedel, S., Nygård, M., & Kjaer, S. K. (2024). Management of human papillomavirus-related disease: Current strategies and future perspectives. *The Lancet Infectious Diseases*, 24(2), e45–e56. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(23\)00412-7](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(23)00412-7)

Lee, A. S. D., & Cody, S. L. (2020). The stigma of sexually transmitted infections. *Nursing Clinics of North America*, 55(3), 295–305. <https://doi.org/10.1016/j.cnur.2020.05.002>

Lillo, J. L. (2014). Sobre el perdón y la reconciliación: Una perspectiva psicoanalítica. *Temas de Psicoanálisis*, 7.

Masaquiza, M., Ortega, G., & Sánchez, C. (2025). Accesibilidad a los servicios de salud sexual y enfermedades de transmisión sexual (ETS): Una revisión sistemática. *Reincisol*, 4(8), 1887–1916. [https://doi.org/10.59282/reincisol.V4\(8\)1887-1916](https://doi.org/10.59282/reincisol.V4(8)1887-1916)

Maza-de la Torre, G., Motta-Ramírez, G. A., Motta-Ramírez, G., & Jarquin-Hernández, P. M. (2023). La empatía, la comunicación efectiva y la asertividad en la práctica médica actual. *Revista de Sanidad Militar*, 77(1), 1–13.

Mendoza Ibarra, J. F., & Myers-Gallardo, A. (2024). Entrevista semiestructurada: Apuntes para América Latina. En H. F. Mettig Rocha et al. (Eds.), *Métodos y técnicas de investigación en contextos de alta vulnerabilidad político-social: Validez, confiabilidad y pertinencia* (Vol. II, pp. 51–76). CLACSO.

Montes-Sosa, G., & Castillo-Sanguino, N. (2024). El método fenomenológico en la investigación educativa: Entendiendo los principios clave de la metodología de Max van Manen. *Revista Iberoamericana de Educación Superior*, 15(42), 305–320.
<https://doi.org/10.22201/iisue.20072872e.2024.42.1234>

Núñez-Troconis, J. (2022). Epidemiología del virus del papiloma humano. *Investigación Clínica*, 63(2), 170–184. <https://doi.org/10.54817/ic.v63n2a07>

Organización Mundial de la Salud. (2024). *WHO guideline for screening and treatment of cervical pre-cancer lesions for cervical cancer prevention*.
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240096004>

Palacios Rodríguez, O. A., Torres López, T. M., & Galarza Tejada, D. M. (2020). La experiencia de la persona adulta con la infección por virus del papiloma humano: Una revisión panorámica. *Población y Salud en Mesoamérica*, 17(2).
<https://doi.org/10.15517/psm.v17i2.40046>

Prado-Peláez, J. G., Hernández-Pacheco, I., Ruvalcaba-Ledezma, J. C., & Ceruelos-Hernández, M. del C. A. (2021). HPV: General, prevention and vaccination. *Journal of Negative and No Positive Results*, 6(2), 283–292. <https://doi.org/10.19230/jonnpr.3767>

Rojas-Gutiérrez, W. J. (2022). La relevancia de la investigación cualitativa. *Studium Veritatis*, 20(26), 79–97.

Roustaye Gourabi, M. J., Nikoo, A., & Faghihloo, E. (2025). Beyond sexual contact: Reassessing the diverse modes of human papillomavirus transmission. *Future Virology*, 20(12), 589–602. <https://doi.org/10.1080/17460794.2025.2607233>

Sánchez-Darvasí, A. (2011). El perdón: ¿Un imposible? Una reflexión psicoanalítica. *Cuadernos de Psicoanálisis*, 17(1).

Sánchez-Darvasí, M. (2018). El perdón: ¿Un imposible? Una reflexión psicoanalítica. *Cuadernos de Psicoanálisis*, 51(3–4), 15–29.

Santa Cruz Terán, F. F., Obando Peralta, E. C., Reyes Pastor, G. E., & Rodríguez-Balcázar, S. C. (2022). Investigación cualitativa: Una mirada a su validación desde la perspectiva de los métodos de triangulación. *Revista de Filosofía*, 39(101), 59–72. <https://doi.org/10.5281/zenodo.6663103>

Wang, R., Pan, W., Jin, L., Huang, W., Li, Y., Wu, D., Gao, C., Ma, D., & Liao, S. (2024). Human papillomavirus infection and cervical cancer: Epidemiology, prevention, and treatment. *Frontiers in Oncology*, 14, 1281294. <https://doi.org/10.3389/fonc.2024.1281294>



ANEXOS

Anexo 1: Entrevista a Pacientes con VPH Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo Instituto de Ciencias de la Salud Área Académica de Psicología

Fecha: _____ Numero de sesión: ____

Hora de inicio: ____ Hora final: _____ Duración total: ____

Clave o seudónimo del paciente: _____

Encuadre:

1. Saludar y bienvenida
2. Presentación
3. Mencionar el objetivo de la entrevista
4. Establecer forma de trabajo
5. Mencionar criterios de confidencialidad y anónimo
6. Solicitar la autorización para audiograbar
7. Firmar el consentimiento informado

OBJETIVO GENERAL:

Examinar las experiencias de las personas diagnosticadas con VPH en torno al impacto emocional, social y relacional de la enfermedad, considerando cómo los prejuicios y el estigma influyen en su percepción pública, en sus proyectos de vida y en el grado de sinceridad y apertura al comunicar su condición a su pareja o pareja sexual.

OBJETIVO ESPECÍFICO 1	OBJETIVO ESPECÍFICO 2	OBJETIVO ESPECÍFICO 3
Examinar cómo los prejuicios y el estigma social influyen en la percepción pública del VPH.	Analizar el impacto del diagnóstico de VPH, considerando los efectos emocionales y cambios en sus relaciones personales, para buscar cómo sus decisiones, proyectos y aspiraciones se ven afectados.	Analizar la sinceridad y apertura que muestran las personas diagnosticadas con VPH al comunicar su condición a su pareja o pareja sexual, considerando los factores emocionales, sociales y relacionales que influyen en la decisión de revelar o mantener en reserva dicho diagnóstico.

Eje1 Familia • Educación sexual recibida en la familia • Primer momento en que se habló de sexualidad • Principal figura familiar que te brindó información sobre sexualidad • Periodicidad en la comunicación familiar sobre temas de sexualidad. • Confianza para hacer preguntas sobre sexualidad • Valores o creencias sobre la sexualidad y enfermedades de transmisión sexual • Estereotipos y mitos asociados a las enfermedades de transmisión sexual. • Influencia de mensajes en la forma de vivir o percibir la sexualidad Eje 2 Escuela • Educación sexual en la escuela o en alguna institución educativa • Temas de sexualidad se abordaron en la escuela • Metodología de enseñanza • Confianza para hacer preguntas sobre sexualidad en la escuela • Eje 3 Religión • Iglesia o religión como abordó temas	Eje 1 Nivel de conocimiento acerca de las relaciones sexuales y los riesgos asociados. • Nivel de conocimiento sobre los riesgos de tener una vida sexual activa • Identificación de situaciones de riesgo relacionadas con las relaciones sexuales • Consideración de contar con información suficiente para tomar decisiones responsables en tu vida sexual Eje 2 Primera relación sexual • Edad de inicio de la primera relación sexual • Contexto en el que ocurrió la primera relación sexual (Relación de pareja, lugar, presión social, curiosidad, etc.) • Emociones asociadas a la primera relación sexual (Confianza, miedo, presión, curiosidad, culpa) • Comprensión de los riesgos antes y después de la primera relación sexual Eje 3. Descubrimiento del diagnóstico • Circunstancias en las que se realizó la prueba o estudio. • Manera de comunicar el Dx por	Eje 1 Comunicación a la pareja o próxima pareja • Motivos para comunicar o no comunicar el diagnóstico. • Dificultades percibidas antes de hablar del VPH. Eje 2 Momento de compartir el diagnóstico • Factores emocionales que influyen en la revelación (miedo, culpa, vergüenza) • Contexto en el que se dio la comunicación (lugar, momento, tipo de relación). • Estrategia utilizada para comunicar el diagnóstico (directa, gradual, mediada por información médica). • Nivel de seguridad o confianza al comunicar el diagnóstico. • Reacción inicial de la pareja ante el diagnóstico. • Actitudes mostradas por la pareja (apoyo, rechazo, duda, indiferencia). • Nivel de comprensión de la pareja sobre el VPH. • Cambios en la relación después de la comunicación. • Consecuencias emocionales y relacionales de revelar u ocultar el diagnóstico Eje 3 Consecuencias y reflexiones
---	---	--

• relacionados con la sexualidad • Mensajes sobre sexualidad recibiste por parte de la iglesia • Influencia de mensajes en la forma de vivir o percibir la sexualidad	• parte del médico o sector salud. • Motivo que llevó a realizarse la prueba (chequeo, síntomas, recomendación médica). • Edad o etapa de la vida en la que recibió el diagnóstico. • Tipo de institución donde se recibió el diagnóstico (pública/privada). • Nivel de información previa sobre el VPH antes del diagnóstico. • Claridad de la información proporcionada por el personal de salud. • Comprensión inicial del significado del diagnóstico de VPH. • Emociones experimentadas al recibir el diagnóstico (miedo, culpa, confusión, tranquilidad, etc.). • Pensamientos inmediatos tras conocer el diagnóstico. • Cambios en la autoestima y en la percepción de sí mismo/a • Percepción inicial del impacto del VPH en su vida personal. Eje 4 impacto • Impacto en la vida sexual y afectiva	• Cambios en la forma de vivir la sexualidad tras comunicar el diagnóstico. • Aprendizajes obtenidos • Recomendaciones personales para otras personas con VPH.
---	---	--

•	• Impacto del diagnóstico en la relación de pareja • Influencia del diagnóstico en proyectos de vida (pareja, maternidad/paternidad, planes personales y profesionales) • Estrategias de afrontamiento y redes de apoyo • Eje 5 Apoyo y comunicación • Personas con quienes compartió el diagnóstico. • Reacción del entorno (familia, pareja, amistades). • Pareja: • Apoyo recibido tras el diagnóstico. • Dificultades para hablar del diagnóstico con otras personas.	•
---	--	---

Anexo 2 Bitácora de campo

Caso ① → Temas relacionados para la obtención de títulos.

- * ¿Quién es Araceli? → familia, lugar de origen etc.
- * Educación sexual → diferencias, estigmas, "cómo se ve el cuerpo"
- * Bullying y amistades en la prepa → "hogar de ideas"
- * Sospecha del diagnóstico → Eresiones, censeramientos
- * La calma después de la tormenta → Aprendizaje
- * Momento o contexto en el que surge el Dx. y Pso de la infección.

¿Quién es Araceli? Novela.

Araceli nació el 29 de enero en Tulancingo de Bravo, pero creció en una comunidad pequeña, de no más de 2000 habitantes, "El Sesto". Una comunidad profundamente arraigada a tradiciones antiguas como la fiesta patronal que se realiza año con año el 15 de Mayo. Una comunidad donde la iglesia tiene una grande influencia en las personas aun

Caso ②

- 24 de Enero → Se contacto a la participante ①, para invitación oficialmente a la investigación
- Se acordó que la entrevista se realizara el 27-01-2026

1:00 pm

Pachuca

* 27 - 01 - 2026

Observaciones

- Presenta pausas prolongadas para responder al principio, sin embargo su tono de voz es claro
- Muestra interés y comprensión

- Si bien está mostrando interés y cooperación en ocasiones muestra ciertas reservas y timidez.

- * No cree que me fuera a pasar la mi, pero su pareja sí.

Novela - Transcripción

Caso ③ * EN BUSCA DE PARTICIPANTE 2026

Publicación → Buscavi grupos de UPH-22 febrero

Hi nombre es Araceli, soy estudiante de Psicología en la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo y actualmente estoy realizando mi tesis de licenciatura.

Hi investigadora necesito terminar texto por ello estoy buscando...

→ Publicación realizada el 28 de Enero y ese mismo día se obtuvo respuesta. (Facebook)

* Entrevista - 28 de Enero 8:00 PM

Observaciones Preguntar sobre

- * Pausas prolongadas para responder ciertas preguntas
- * Suspira antes de responder ciertas preguntas
- * ¿Quién es?
- * ¿Cómo se abordó la sexualidad en la familia?
- * Bullying y enseñanzas sexualidad
- * Percepción de su persona. Inicio a la actualidad
- * "No me salgan con sus chistes"

Anexo 3 Fragmento de transcripción de entrevista

Araceli: Muchas gracias por querer participar y por la pronta respuesta, te lo agradezco mucho. Me presento formalmente: me llamo Araceli López, soy egresada de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. Te comparto mi identificación de la universidad para que puedas cerciorarte; si gustas, igual te puedo compartir una copia de ella para que veas que realmente soy parte de la universidad, que la entrevista es con un fin académico y que no es fraude ni algo parecido.

Javier: No, no te preocupes.

Araceli: Ok, no sé si ya tuviste la oportunidad de leer el consentimiento informado, o si gustas, igual te lo puedo explicar.

Javier: Si, ya lo leí, hace un rato.

Araceli: Entonces si no tienes ninguna podemos dar paso a la entrevista

Javier: Si, excelente.

Araceli: Va, voy a tratar de ser rápida porque entiendo que ya es un poco tarde y ya estás cansado. Me comentas que vienes del gym, entonces, pues ya para que descanses, ¿te llamas Javier, cierto?

Javier: Si, me llamo Javier y tengo 31 años.

Araceli: Ok, en una parte del consentimiento informado se menciona el uso de tu nombre, ¿Quieres que utilice tu nombre? o si lo prefieres podemos utilizar un seudónimo

Javier: Pues Javier está bien.

Araceli: Ok, muy bien. Antes de comenzar con la entrevista, ¿puedes presentarte un poco y hablar sobre ti, sobre tu historia de vida?

Javier: ¿Cómo me di cuenta que tenía VPH?

Araceli: No, presentarte un poco antes de entrar al tema; por ejemplo, decir: “me llamo Javier, tengo tantos años, soy de Tulancingo o, dependiendo de dónde seas, soy el integrante tal de la familia, si tienes hijos o si no”.

Javier: Mira, me llamo Javier, tengo 31 años, vivo en casa de mis padres, con ellos y tengo una hermana....

Araceli: Igual, si tienes algún tema de que no me escuches, me dices para que pueda repetir la pregunta o así, ¿sale?

Javier: OK

Araceli: Vale, parte igual del consentimiento mencionaba que, si hay algo que no quieras responder, lo podemos omitir sin ningún problema, ¿ok?

Javier: Si

Araceli: Háblame de cómo se abordaba el tema de la educación sexual dentro de tu hogar

Javier: Mi educación, pues ¿qué te puedo decir?... Fue muy rudimentaria, venía de parte de la escuela y en mi casa se escuchaba la típica frase: “no quiero que me salgas con tus chingaderas”. Recuerdo que nos decían a mi hermana y a mí: no queremos que nos salgan con sus chingaderas, o así. algo muy sencillo, no sé cómo explicarlo, muy básico. Eso lo dan en la escuela... cosas así

Araceli: Al hablar sobre... repitiendo tus palabras, “chingaderas”, ¿se referían a embarazar a alguien?

Javier: Si, exactamente, pero te digo casi no se habló.... Se dio por hecho.

Araceli: Ok ¿Podría existir o podrías recordar el primer momento en el que se te habló acerca, en este caso, por ejemplo, de un embarazo, de que no se fuera a cometer? No sé si recuerdas la edad que tenías.

Javier: Eso fue en la secundaria que te podría decir que se nos hablado de enfermedades, de infecciones, de embarazo.

Araceli: Y dentro de tu entorno familiar, ¿quién era como... porque al final de cuentas me mencionas que se utilizaba la palabra “chingaderas”? Es una forma como de hablar un poco de la sexualidad, a lo mejor no desde lo más adecuado, pero pues fue su manera. No sé si logras recordar la figura principal familiar que fue como que te hablaba acerca de esto.

Javier: Era mi madre, pero siempre utilizaba su frase de “no salgan con sus chindageras” para ella era más fácil decir esto que explicarnos.

Araceli: Ok, entonces, como tal, no había mucha frecuencia en la que se hablaran de estos temas, pero ¿a ti tal vez en algún momento te hubiera gustado un poco más de apertura en tu hogar para realizar este tipo de preguntas?

Javier: Si, claro, me hubiera gustado porque....

Araceli: Justo como comentas, tal vez no había mucha frecuencia para hablar sobre ello y, por ende, tú tampoco te sentías tan cómodo para hacer este tipo de preguntas, ¿no?

Javier: Exactamente.

Araceli: ¿Cómo logras recordar los valores y creencias que había dentro de tu familia acerca de la sexualidad?

Anexo 4

Fragmento de tabla de análisis de discursos por ejes y categorías

EJE 1 FAMILIA

CATEGORIAS	DISCURSO
Educación sexual recibida en la familia	Ab: Pues en mi familia no, no me hablaron de sexualidad. Era algo más como muy íntimo.
Primer momento en que se habló de sexualidad	Nunca hubo, por parte generalmente de mi mamá, que es con la que siempre estaba. El único acercamiento con las pláticas que hubo era en la escuela, en la primaria, a finales, como por sexto de primaria. Y en adelante, pues lo básico, lo que se platica entre amigos y así.
Principal figura familiar que te brindó información sobre sexualidad	Ab: Generalmente de mi mamá, que es con la que siempre estaba. Ab: Sí, (hermana) con ella siento que sí. Era más... bueno, con ella siempre ha habido mucha confianza y en esos temas ella siempre se abría conmigo mucho y yo con ella no tanto, como que también me costaba. Ab: Pues mi hermana es muy abierta, pero yo sí sentía a lo mejor como un repele, como que le decía: no, no, es que no me hables de esto. Y ya después entendí que ella era así y ya lo veía más normal, me lo tomaba más normal. Ab: A lo mejor en cuanto a mi mamá, pues sus experiencias que tuvo con los embarazos, con sus parejas sexuales, aunque no fueron muchas, sí tenía como esa amplitud para hablarnos de sus experiencias. Entonces de ahí, pues sí, sí me guiaba. Y siento que más de mi hermana, que ella pues se abría completamente conmigo, entonces me contaba todo e incluso me llegaba a dar, no sé, preservativos, aunque yo aún no los usara, pero siempre hubo esa confianza como de cuidarme.

Periodicidad en la comunicación familiar sobre temas de sexualidad	Ab: Nunca hubo, por parte generalmente de mi mamá, que es con la que siempre estaba. Ab: A mí, a lo mejor... bueno, en mi familia no. Siento que se hiciera algo y se me hace muy, todavía muy... soy muy pudorosa. Entonces con mi familia me cuesta mucho hablar de esas cosas.
Confianza para hacer preguntas sobre sexualidad	Ab: Era un tema muy, como muy mal visto, es muy íntimo.
Influencia de mensajes en la forma de vivir o percibir la sexualidad	Ab: Pues siento que aunque ya tenía información y experiencias de otras personas, no, a lo mejor no estaba tan preparada, porque pues vas aprendiendo sobre la marcha. Entonces siento que no estaba tan preparada porque ya después lo analicé y mi primera relación sexual, pues yo enamorada me dejé llevar y pues no lo hice con protección. Enamorada me dejé llevar y pues no lo hice con protección, por ejemplo, y muchas veces sucedió así. Entonces siento que me faltó tomar conciencia.

EJE 2 ESCUELA

CATEGORIAS	DISCURSO
Educación sexual en la escuela o en alguna institución educativa	Ab: Pues siento que la escuela, porque por mis amistades. Siento que ellos son los que más te abres en estos temas, porque no hay tanto... tanto... te puedes abrir más con tus amigos. Entonces ahí conocí muchas cosas, incluso pues fuimos entre mis amigos a hacernos pruebas muchas veces o a tratar lo de los métodos anticonceptivos. Y en cuanto a mi familia, a lo mejor sí, mi hermana me guiaba mucho, por ejemplo, recomendándome métodos anticonceptivos que ella pensaba que eran los más efectivos para el momento de mi vida en el que estaba. Entonces siento que mis amigos un poquito más y un

	poquito menos mi hermana, pero aun así son como los que más me hablaban.
Temas de sexualidad se abordaron en la escuela Metodología de enseñanza	Ab: Pues había proyecciones de las diapositivas en un aula donde nos metían por grupos. Entonces ya nos daban a lo mejor como una hora o dos horas de pláticas de ese taller, y nos pasaban las imágenes y ya nos explicaban sobre el embarazo, todos los métodos anticonceptivos, las enfermedades y... y nada más Ab: Recuerdo que fue en sexto de primaria. Teníamos como un taller semanalmente o mensualmente, no recuerdo, y ahí fue donde nos empezaron a hablar de las enfermedades, nos enseñaban imágenes gráficas. Y ahí fue, ahí en la primaria, donde empecé a ver todo eso. .
Confianza para hacer preguntas sobre sexualidad en la escuela	Ab: Pues no, porque como estábamos en primaria y éramos niños, todavía ahí empezamos la adolescencia, como que era mucha burla. Entonces no lo veíamos serio o se nos hacía raro hablar de eso. Sí, yo siento que estaban chicos (PRIMARIA) Ab: En la secundaria, sí. Sí, ya hablaba con mis amigas, incluso ya sabía varios casos de los que nos enterábamos, que ya pues habían empezado con su vida sexual. Y pues para mi grupo en concreto, pues sí, era raro, porque ninguno de nosotros empezó, al menos en la secundaria, a tener esta actividad. Entonces solo era como un tema de morbo. (SECUNDARIA)



Anexo 5:

Consentimiento informado Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo Instituto de Ciencias de la Salud Área Académica de Psicología

Introducción

Se le invita a participar de manera voluntaria en una entrevista con fines exclusivamente académicos, como parte de una tesis de investigación. Antes de decidir si desea participar, es importante que conozca el propósito del estudio, el uso que se dará a la información y sus derechos como participante.

Objetivo del estudio

Examinar las experiencias de las personas diagnosticadas con Virus del Papiloma Humano (VPH) en relación con el impacto emocional, social y relacional de la enfermedad, considerando cómo los prejuicios y el estigma influyen en su percepción pública, en sus proyectos de vida y en el grado de sinceridad y apertura al comunicar su condición a su pareja o pareja sexual.

Procedimiento

Si acepta participar, se le realizará una entrevista individual, de carácter confidencial, en la que se le harán preguntas relacionadas con su experiencia personal tras el diagnóstico de VPH. La entrevista se realizará en una sola sesión, en el momento y lugar que ambas partes acuerden. Su participación no implica ningún tipo de intervención médica ni psicológica.

Riesgos y molestias

La entrevista podría generar emociones sensibles al recordar experiencias personales. En caso de que se sienta incómodo(a), puede omitir cualquier pregunta, hacer una pausa o retirarse de la entrevista sin necesidad de dar explicaciones y sin que esto le genere ningún perjuicio.

Beneficios

No existen beneficios directos para usted; sin embargo, su participación contribuirá a una mejor comprensión social y académica del VPH, ayudando a visibilizar experiencias que suelen permanecer en silencio y a reducir el estigma asociado a esta condición

Confidencialidad

- La información proporcionada será estrictamente confidencial.
- No se utilizarán nombres reales ni datos que permitan su identificación.
- Los testimonios podrán ser citados en la tesis y en posibles trabajos académicos derivados, siempre de forma anónima.
- Los datos obtenidos serán utilizados únicamente con fines académicos y educativos.

Uso de la información

La información recabada será empleada exclusivamente para: -Elaboración de la tesis - Análisis académico - Presentaciones o publicaciones con fines educativos

En ningún caso será utilizada con fines comerciales ni divulgada fuera del ámbito académico.

Participación voluntaria

Su participación es totalmente voluntaria. Puede negarse a participar o retirarse en cualquier momento, sin consecuencias negativas.

Declaración de consentimiento

He leído (o se me ha leído) la información anterior. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y todas han sido respondidas de manera satisfactoria.

Entiendo que mi participación es voluntaria y que puedo retirarme en cualquier momento. Acepto participar en la entrevista para fines académicos y de titulación.

Nombre del/la participante: _____

Firma: _____ Fecha: .

Nombre y firma de la investigadora: Araceli López Ortiz