



Aquichan

ISSN: 1657-5997

aquichan@unisabana.edu.co

Universidad de La Sabana

Colombia

Tamayo-Acevedo, Lucía Stella; Gil-Cano, Paola Andrea; Tamayo-Acevedo, Luz Elena
Lo que no se ve, no existe: percepciones sobre cáncer y papilomavirus humano en
jóvenes universitarios, Medellín, Colombia, 2014
Aquichan, vol. 15, núm. 2, junio, 2015, pp. 253-270
Universidad de La Sabana
Cundinamarca, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74140060008>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Lo que no se ve, no existe: percepciones sobre cáncer y papilomavirus humano en jóvenes universitarios, Medellín, Colombia, 2014

RESUMEN

Objetivo: comprender las percepciones de los estudiantes de pregrado de la Universidad de Antioquia, Colombia, sobre los cánceres de cuello uterino, canal anal, orofaringe y pene, y cómo los relacionan con la infección por PVH. **Materiales y métodos:** estudio etnográfico, realizado de marzo del 2013 a abril del 2014, participaron 23 mujeres y 14 hombres en ocho grupos de discusión. Sus discursos fueron grabados, transcritos y analizados con el método argumentativo. **Resultados:** en general, los/as jóvenes relacionaron el cáncer cervicouterino con el PVH, pero no con los tipos de cáncer en canal anal, orofaringe y pene, sobre los cuales tenían poco conocimiento o desconocían. El pensar que las mujeres son las que contraen el cáncer cervical y contagian a los hombres con el PVH no les permitió imaginar que existieran otros cánceres asociados al PVH. **Conclusión:** las percepciones y la falta de claridad en la relación PVH y otros cánceres, pueden incrementar el riesgo de infección por las prácticas sexuales y en el tiempo aumentar la prevalencia de estos cánceres.

PALABRAS CLAVE

Adulto joven, investigación cualitativa, infecciones por papilomavirus, neoplasias, percepción social (Fuente: DeCS, Bireme).

DOI: 10.5294/aqui.2015.15.2.9

Para citar este artículo / To reference this article / Para citar este artigo

Tamayo-Acevedo LS, Gil-Cano PA, Tamayo-Acevedo, LE. Lo que no se ve, no existe: percepciones sobre cáncer y papilomavirus humano en jóvenes universitarios, Medellín, Colombia, 2014. *Aquichan*. 2015;15(2):253-270. DOI: 10.5294/aqui.2015.15.2.9

- 1 Profesor Asociado, Escuela de Microbiología, Universidad de Antioquia (Colombia). lucia.tamayo@udea.edu.co
- 2 Estudiante de la maestría Microbiología y Bioanálisis, línea Salud Sexual, Universidad de Antioquia, Medellín (Colombia). paolandreagil@gmail.com
- 3 Profesor de cátedra, Universidad de Antioquia, Medellín (Colombia). Magíster en Salud Pública. luzetamayo@gmail.com

Recibido: 21 de julio de 2014
Enviado a pares: 25 de agosto de 2014
Aceptado por pares: 17 de abril de 2015
Aprobado: 21 de abril de 2015

What You Can't See Does Not Exist: What College Students Think about Cancer and the Human Papillomavirus. Medellín, Colombia, 2014

ABSTRACT

Objective: Understand what undergraduate students at the University of Antioquia think about cervical, anal, oropharyngeal and penile cancer, and how they associate these types of cancer with human papillomavirus (HPV) infection. **Materials and Methods:** This is an ethnographic study conducted during the period from March 2013 to April 2014. It included 23 women and 14 men who were divided into eight discussion groups. What they had to say was recorded, transcribed and analyzed using the argumentative method. **Findings:** Overall, the young people who took part in the study associate HPV with cervical cancer, but not with anal, oropharyngeal and penile cancer. In fact, they had little knowledge or knew nothing about those types of cancer. Thinking that women are the ones who contract cervical cancer and infect men with HPV prevented them from imagining there might be other types of cancer associated with HPV infection. **Conclusion:** Ignorance among women about other types of cancer associated with HPV infection might cause them to neglect preventive measures and increase the risk of infection through sexual practices. The study ratifies the need to develop programs to promote health and to prevent infection with this virus.

KEYWORDS

Young adult, qualitative research, papillomavirus infections, neoplasia, social perception (Source: DeCS, Bireme).

O que não se vê não existe: percepções sobre o câncer e papilomavírus humano em jovens universitários. Medellín (Colômbia), 2014

RESUMO

Objetivo: compreender as percepções dos estudantes de graduação da Universidad de Antioquia sobre os cânceres de colo uterino, canal anal, orofaringe, pênis e como os relacionam com a infecção por papilomavírus humano (HPV). **Materiais e métodos:** estudo etnográfico realizado de março de 2013 a abril de 2014; participaram 23 mulheres e 14 homens em oito grupos de discussão. Seus discursos foram gravados, transcritos e analisados com o método argumentativo. **Resultados:** em geral os(as) jovens relacionaram o câncer cérvico-uterino com o HPV, mas não com os tipos de câncer em canal anal, orofaringe e pênis, sobre os quais tinham pouco conhecimento ou desconheciam. O fato de pensar que as mulheres são as que contraem o câncer cervical e contagiam os homens com o HPV não lhes permitiu imaginar que existissem outros cânceres associados com o HPV. **Conclusão:** o desconhecimento das mulheres sobre a associação do HPV com o risco de padecer de outros cânceres podem ocasionar descuido nas medidas preventivas e aumentar o risco de infecção por práticas sexuais e ratifica-se a necessidade de desenvolver programas encaminados à promoção da saúde e à prevenção da infecção por esse vírus.

PALAVRAS-CHAVE

Adulto jovem, pesquisa qualitativa, infecções por papilomavírus humano (HPV), neoplasias, percepção social (Fonte: DeCS, Bireme).

Introducción

El papilomavirus humano (PVH) es un virus de transmisión sexual, con más de 120 genotipos identificados y clasificados en oncogénicos y no oncogénicos, entre los cuales 40 tienen afinidad por la región ano-genital (1-4). En biopsias, el ADN viral se ha identificado en el 99 % de los casos de cáncer de cuello uterino, cerca del 90 % en el cáncer anal, en el 60 % del cáncer de orofaringe y en el 35 % del cáncer de pene. La infección ocurre generalmente durante la juventud y con efectos oncogénicos en edades posteriores (2-7).

Por lo general, las investigaciones existentes sobre el PVH y el cáncer tienden a enfocarse en aspectos moleculares, epidemiológicos y clínicos; en otros casos, se estudian los conocimientos de las mujeres sobre el cáncer de cuello uterino y el acceso a la citología (8). Son escasos los estudios que permitan identificar las percepciones sobre el cáncer y la relación con el PVH. La percepción entendida como el proceso biocultural en el que las personas dan significado y valores a las sensaciones. Estas construcciones mentales están afectadas por juicios de valor que responden a los contextos culturales, que actúan de forma consciente e inconsciente y que son expresadas a través del lenguaje y la conducta (9).

Como antecedentes a este estudio de percepciones sobre el PVH y el cáncer se encontraron tres investigaciones. La primera, de Mosavel y El-Shaarawi, estudió las percepciones y los conocimientos de mujeres latinas y afroamericanas de Norteamérica, entre 12 y 17 años, sobre el cáncer en general, incluido el cáncer de cuello uterino; encontraron una asociación del cáncer con la muerte, y que es mayor el conocimiento que tienen del cáncer de mama y de pulmón que del cáncer de cuello uterino, el cual no fue relacionado con el PVH (10).

La segunda investigación, de Tamayo y Chávez, abordó las percepciones sobre el cáncer de cuello uterino en mujeres de Antioquia (Colombia) y de Colima (México); hallaron que las mujeres antioqueñas no hacen ninguna relación entre PVH y este cáncer pero sí le atribuyen otras causas como la mala higiene genital, la inadecuada alimentación, el tabaquismo y no practicarse la citología (11). La tercera, realizada por Carstens, estudió los conocimientos y las conductas asociadas al PVH en mujeres con y sin educación superior provenientes de Chile y España; reportó que las mujeres con educación reconocieron no recordar las enseñanzas sobre sexualidad recibidas en el colegio, tenían mayor

conocimiento del VIH que sobre el PVH, el cual relacionaron con la publicidad de la vacuna que puso al cáncer de cuello uterino y no a otros cánceres como consecuencia de este virus (12).

Según Chávez *et al.*, para comprender las necesidades de salud de cualquier persona, es indispensable estudiar el contexto de sus vidas y las percepciones que influyen y dan sentido a sus acciones; de tal modo, proponen las autoras, que las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad deben ser más plurales, críticas y reflexivas para lograr mejores resultados (13).

Para optimizar los resultados y el impacto de los programas es importante abordar el tema del cáncer asociado al PVH en una perspectiva sociocultural y como un problema de mayor complejidad, sobre el cual no serán suficientes, por sí solos, la vacunación contra el PVH y el tamizaje citológico. Por consiguiente, es clave investigar sobre lo que las personas piensan, creen y practican en su contexto, cuyos resultados, entre otros propósitos, podrán aportar al diseño de programas de educación en salud y a la formación de profesionales, en particular de enfermería, capaces de interactuar en la transdisciplinariedad e interculturalidad en el cuidado de la salud y la enfermedad, al momento de tomar decisiones educativas y comunicativas dirigidas a individuos, familias y colectivos.

El objetivo de este estudio fue comprender las percepciones de los estudiantes de pregrado de la Universidad de Antioquia, sobre los cánceres de cuello uterino, canal anal, orofaringe y pene, y cómo relacionan estos cánceres con la infección por PVH, en la perspectiva de identificar acciones y prácticas para el autocuidado, en particular referidas a la salud sexual.

Este trabajo hizo parte del proyecto de investigación “Evaluación del programa Promoción de la salud sexual y la afectividad, dirigido a estudiantes de la Universidad de Antioquia, Bienestar Universitario, 2012”, cofinanciado por el Comité para el Desarrollo de la Investigación (CODI) en la convocatoria temática Universidad y educación superior del 2012. Los resultados aportan bases para el abordaje de la infección por PVH y los cánceres en estudio por parte del personal de salud, en particular de enfermería y de profesionales de la comunicación.

Materiales y métodos

Estudio etnográfico que buscó aprehender el saber cultural y las creencias compartidas de los jóvenes universitarios sobre

el cáncer y el PVH, ver los fenómenos en la perspectiva de los actores sociales y presentar la voz del sujeto a través de una construcción textual que representa la realidad del grupo. Un investigador difícilmente puede comprender una acción si no entiende los términos en que la caracterizan sus protagonistas, por tanto, los sujetos para la etnografía son considerados interlocutores privilegiados, pues solo ellos pueden dar cuenta de su realidad (14).

Para la recolección de la información, se empleó el grupo de discusión como una estrategia metodológica apropiada para producir las manifestaciones de deseos y creencias que permite estudiar desde adentro el comportamiento de las personas, congrega los discursos en un medio parcialmente controlado y lleva en él las formas de discusión posibles entre grupos naturales, y, aunque el discurso es provocado por el coordinador, el grupo es el que determina los aspectos por considerar (15).

El grupo de discusión comprende tres etapas: preproducción, producción y posproducción (16). En la *preproducción* se realizó una guía con detonantes basados en categorías *a priori*, que permitieron el diálogo orientado a la manifestación de las percepciones sobre las infecciones de transmisión sexual (ITS), la infección por PVH y los cánceres en estudio (tabla 1). Estas categorías se agotaron en el muestreo teórico, o sea una vez que el discurso de los participantes se tornó repetitivo o no emergieron nuevas categorías.

En la *producción* se realizaron ocho grupos de discusión con una duración aproximada de 45 minutos, que permitieron obtener el discurso de 14 hombres y 23 mujeres con edades entre 18 y 29 años, estudiantes de pregrado de la Universidad de Antioquia, sede Medellín (tabla 2). La invitación a los estudiantes para participar en los grupos se hizo a través de correos electrónicos facilitados por el departamento de Bienestar Universitario, por contactos claves y por invitación directa de los profesionales responsables de las jornadas de salud en las dependencias académicas. En promedio, para realizar un grupo de discusión se convocaron entre 12 y 20 personas, entre hombres y mujeres, con una participación efectiva de 2 a 8 estudiantes. Las razones expuestas fueron la carga académica, cruce de horarios y olvido. El lugar destinado para los grupos de discusión fue el aula de clase como sitio de interacción habitual de los jóvenes. Las conversaciones se grabaron solo en audio por petición de los participantes.

La fase de *posproducción* se inició con la transcripción, palabra por palabra, de los discursos de los estudiantes, como insumo para el análisis argumentativo que permitió construir esquemas interpretativos de los aportes de los jóvenes relacionados con el tema de investigación. Se inició con la selección de fragmentos significativos a partir de los textos, luego se identificaron objetos (de lo que se habla) y predicados (qué se dice de los objetos); posteriormente, se establecieron vínculos entre los objetos y sus calificativos (16). Finalmente, se esquematizó lo expresado por los jóvenes usando el programa FreeMind versión 0.8.0. El discurso analizado se sometió a triangulación con otros estudios, con el punto de vista de otros investigadores y con los jóvenes (16).

Este estudio cumplió con los principios éticos, se consideró una investigación sin riesgo según el artículo 11, numeral a, y artículo 16, parágrafo primero, de la Resolución 008430 de 1993, del Ministerio de Salud de Colombia (17). La participación de los estudiantes fue voluntaria, se solicitó el consentimiento informado y se protegió la privacidad y confidencialidad de sus discursos evitando el uso de nombres propios e identificando cada testimonio con un código que incluyó: el número del grupo de discusión, el sexo del participante, la ubicación ordinal en la mesa de discusión, el área de conocimiento.

Resultados

A modo de esquema de representación, las figuras 1, 2 y 3 recogen las percepciones de los/as jóvenes estudiantes, así: figura 1, las relaciones sexuales y la prevención del PVH y el cáncer; figura 2, compara por sexo las percepciones sobre el PVH y los tipos de cáncer asociados a este virus; figura 3, también compara por sexo las percepciones sobre la prevención del PVH y los tipos de cáncer. Del discurso de los estudiantes, surgieron tres categorías con sus respectivas subcategorías, a saber: 1) aprendizaje en sexualidad a partir de la experiencia y la imitación, 2) construcciones sociales de género y prevención en salud sexual y 3) cáncer: debilidad, aislamiento y muerte.

Aprendizaje en sexualidad a partir de la experiencia y la imitación. “Una misma detecta la infección”

Esta categoría surgió cuando se abordó el tema de sexualidad y relaciones sexuales, de gran importancia para los/as jóvenes. En los discursos de las mujeres primó la vinculación con

Tabla 1. Composición, grupos de discusión

Grupo	Fecha	Sexo	Área	Semestre	Estrato económico	Estado civil	Religión
GD1	Marzo 01 de 2013	1 hombre, 5 mujeres	Sociales, Exactas, Salud y Educación	Sin dato	2 y 3	5 Solteros 1 Unión libre	1 católico, 6 no practicantes
GD2	Marzo 22 de 2013	1 hombre, 1 mujer	Sociales, Salud	6 y 7	2 y 3	Solteros	1 Católico 1 otra
GD3	Abril 05 de 2013	2 hombres	Economía, Ingenierías	1 y 9	2 y 3	Solteros	Católicos
GD4	Mayo 23 de 2013	1 Hombre, 6 mujeres	Agrarias	2 y 4	2 y 3	6 Solteros 1 casada	2 Católicos, 5 no practicantes
GD5	Junio 20 de 2013	2 hombres	Economía, Ingenierías	3 y 6	2	Solteros	1 católico 1 otra
GD6	Septiembre 26 de 2013	1 hombre, 4 mujeres	Educación, Ingenierías, Artes.	1, 5 y 6	1 y 3	Solteros	2 católicos, 1 otra, 2 no practicantes
GD7	Marzo 14 de 2014	3 hombres 2 mujeres	Educación, Ingeniería, Salud	1, 3, 4 y 5	2 y 3	Solteros	4 católicos 1 otra
GD8	Abril 02 de 2014	3 hombres 5 mujeres	Salud	8, 9 y 11	3 y 4	Solteros	5 católicos, 3 no practicantes

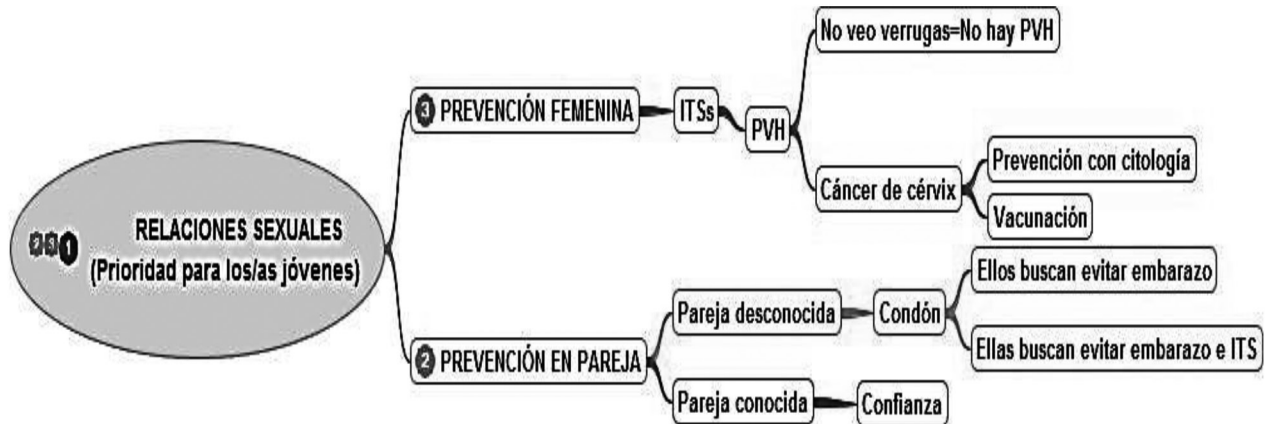
Fuente: elaboración propia.

Tabla 2. Categorías y detonantes, grupos de discusión

VAMOS A HABLAR DE	Percepciones sobre el cáncer	Percepciones sobre el PVH	Percepciones sobre ITS
	Lo que sabemos sobre el cáncer de cuello uterino, de pene, de ano y de orofaringe.	Lo que sabemos de la infección por papilomavirus o PVH.	Lo que conocemos sobre las ITS, también llamadas enfermedades venéreas.
	Lo que representa para cada uno tener estos cánceres.	Lo que representa para ustedes tener una infección por PVH.	Lo que representa para ustedes tener una ITS.
	Los cambios que se dan en la vida de las personas cuando se tiene uno de estos cánceres.	Los cambios que se dan en la vida personal, sexual y social a causa de esta infección.	De las situaciones en las cuales se exponen al contagio de una ITS.
	Características y comportamientos de las personas que padecen uno de estos cánceres.	Los cuidados en salud sexual que asumen para evitar la infección por PVH.	De los cuidados que practican para evitar una ITS.
	Los cuidados que hay que tener para evitar estos cánceres.	Las prácticas populares que conocemos para curar el PVH. La vacuna contra el PVH.	Las prácticas que conocemos para curar estas infecciones.
	Las campañas de salud que se hacen por los medios de comunicación y de la información recibida en el Programa de Salud Sexual y la afectividad.	Las campañas de salud y educativas para contrarrestar la infección por PVH.	Las campañas de salud y educativas a través de las cuales se han informado y aprendido sobre las ITS
	La información que da el programa de salud sexual y afectividad de la Universidad sobre estos cánceres.	El papel que cumple el PVH en el desarrollo o no del cáncer.	

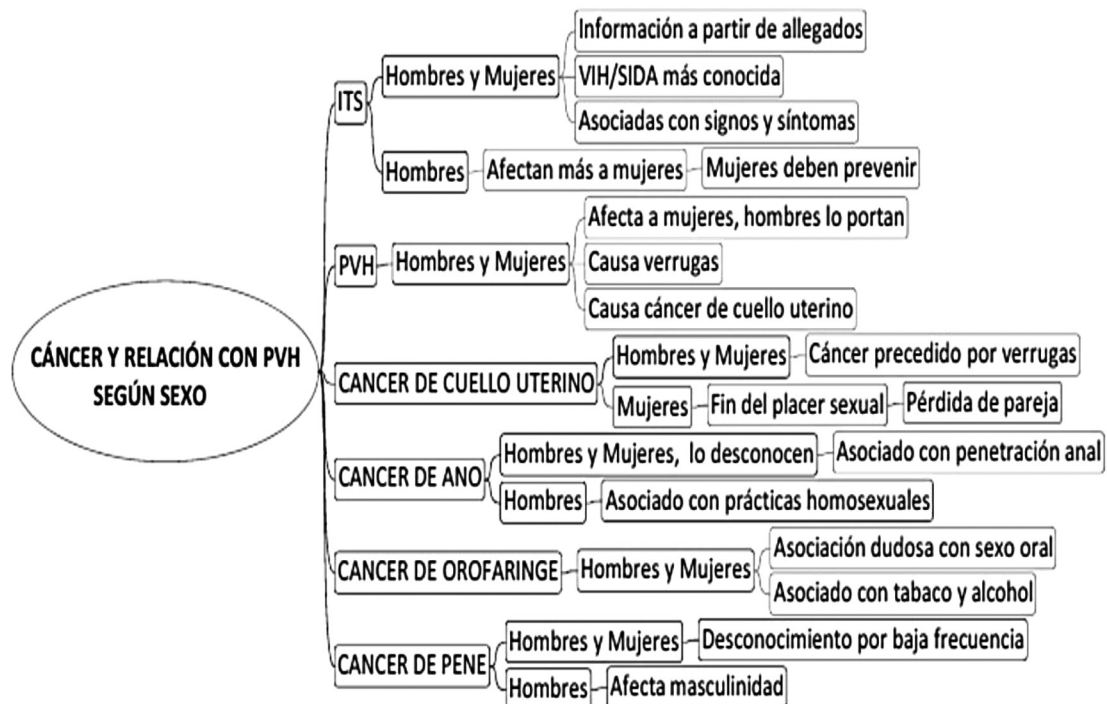
Fuente: elaboración propia.

Figura 1. Representación general, percepciones del cáncer y relación con PVH

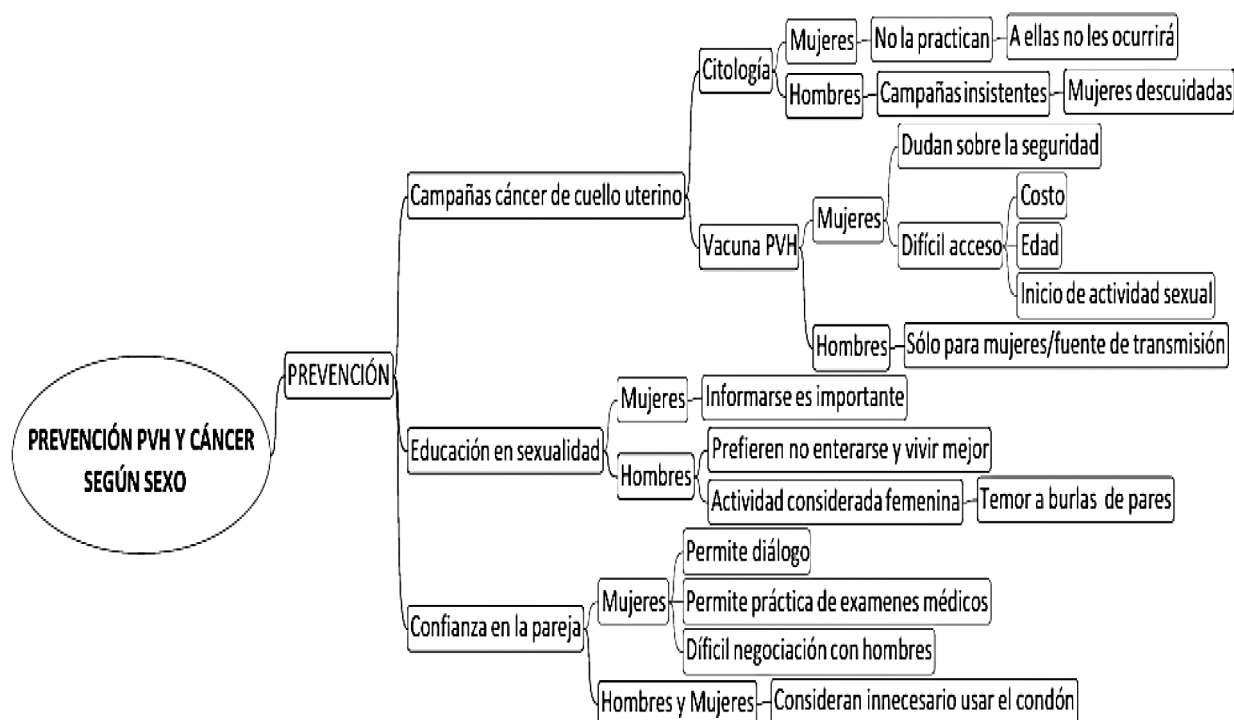


Fuente: elaboración propia.

Figura 2. Percepciones sobre cáncer y relación con PVH según sexo



Fuente: elaboración propia.

Figura 3. Percepciones sobre prevención del cáncer y PVH según sexo

Fuente: elaboración propia.

los sentimientos y la prohibición, mientras que para los hombres significó contacto físico, instinto y goce. En las subcategorías inherentes al aprendizaje, emergió la sexualidad como tema tabú que se aprende en la familia y la escuela, y en la práctica, el privilegio del placer sobre la prevención, además de la capacidad para identificar los signos y síntomas de ITS, visibles en el cuerpo.

Sexualidad como tema tabú. Para los/as jóvenes, la educación en sexualidad que brindan la familia y la escuela está sesgada por creencias religiosas que los limitan a hablar abiertamente del tema; en consecuencia, para ellos, estas instituciones no son los espacios más apropiados para aclarar dudas. Tal situación los motiva a aprender a través del diálogo con los pares y a buscar información en medios masivos de comunicación como la Internet y la televisión. Así, el conocimiento lo transmiten mediante experiencias propias o narradas por amigos, de quienes no reciben señalamientos ni prohibiciones, simplemente respuestas, tal como

lo manifiesta uno de los hombres participantes. “El catolicismo, un montón de cosas que siempre ha satanizado. Tenía que quedarme callado, evitar un montón de preguntas y consultar a través de la pornografía y de lo que escuchaba a mi alrededor con adultos” (GD6H5EDU24).

Según los jóvenes, el espacio familiar pone la sexualidad en el silencio para conocerla y en la prohibición para vivenciarla, especialmente para las mujeres que son objeto de constante amenaza por parte de sus madres, al advertirles: “cuidado con un embarazo”. En general, manifestaron que recibieron alguna información sobre sexualidad en la educación básica secundaria y reconocieron lo poco que aprendieron y recuerdan. El siguiente testimonio de una mujer da cuenta de la ruptura en la comunicación; además, adjudica al emisor poca experiencia en el tema y el estigma religioso: “Yo por ejemplo, no me acuerdo de nada de lo que a mí me decían en las mañanas del colegio, ¡no, yo que me iba a acordar! Y eran monjas para acabar de ajustar” (GD4M1ZOO19).

Los/as jóvenes asumieron las relaciones sexuales como algo usual, sin sentimientos de culpa, y simbolizan independencia y autonomía. Para los hombres, las relaciones sexuales son más “normales” y consideran que la abstinencia es cosa de mujeres, bajo el argumento de que ellos no controlan el instinto sexual, en cambio las mujeres sí. Manifestaron que la religión legítima y potencializa estas diferencias, tal como lo dice uno de los hombres en su discurso: “Según la iglesia hay que llegar virgen al matrimonio, tanto el hombre como la mujer, aunque para el hombre no se le exige tanto [...] Según lo que yo he visto, les queda más fácil a las mujeres abstenerse que a uno” (GD7H2FARM25).

Las relaciones sexuales son esenciales en la vida y limitarlas representa pérdida de libertad y control sobre el cuerpo. A pesar de dar importancia a la prevención de las infecciones de transmisión sexual (ITS) y del embarazo, los/as jóvenes expresaron la necesidad de vivir la sexualidad libremente y con responsabilidad, aun en los casos en que pueden exponerse a estos eventos.

Placer primero que prevención. Los/as jóvenes reconocieron la importancia de prevenir comportamientos de riesgo para la salud sexual. La abstinencia no es para ellos una medida preventiva factible, al afirmarlo se miraron con malicia y se mofaron entre sí. Esta alternativa implica sacrificar el placer. Aunque conciben que es importante prevenir ITS y embarazos, nuevamente expresaron la necesidad de vivir libremente y con responsabilidad la sexualidad, aun en caso de inminente riesgo. Con referencia a este sentir una estudiante manifestó: “Yo no le diría: no tenga sexo, porque es como amarrarlo, pero que se cuide, porque yo creo que empeoraría su salud y dañaría también la otra gente” (GD2M2HIS23).

Uno mismo puede detectar la infección. En los discursos aportados por los/as jóvenes se interpreta que la salud obedece a un aprendizaje transmitido de generación en generación a través de la endo-culturación. Creen reconocer cuando tienen una ITS, basados en los conocimientos adquiridos de comentarios de familiares sobre signos y síntomas de las enfermedades venéreas que hacen parte del saber popular. Este argumento respaldó la decisión de acudir a un profesional de la salud solo cuando presentan alteraciones observables en el cuerpo.

Para ellos/as, *lo que no se ve, no existe*, y, por consiguiente, no hay que preocuparse por las ITS, por padecerlas o transmitir las. Los/as estudiantes de áreas de la salud restaron importancia

al PVH por considerarse una infección comúnmente autolimitada. Para ellos/as, el grado de afectación lo determina la frecuencia de la infección en el medio, a mayor frecuencia, mayor preocupación. Para estos estudiantes, el PVH no representa un riesgo importante para la salud, pero sí afecta el ideal estético corporal. En palabras de uno de los hombres participantes: “Si nos infectamos con PVH, estéticamente sí nos veríamos afectados. Pues a mí me parece el condiloma acuminado es estéticamente feo, entonces yo digo que sí me afectaría” (GD8H6MED23).

Construcciones sociales de género y prevención en salud sexual. “Yo pienso que se basa es en la confianza”

Al hablar de prevención, los/las jóvenes resaltaron los relatos referentes a la disposición de la mujer para asumir las medidas preventivas, la abnegación y la renuncia al placer, en contraste con la indiferencia del hombre hacia el tema. Responsabilizaron a las mujeres de la prevención, aún a costa de sus derechos sexuales y reproductivos; por consiguiente, comprender cuál es la construcción sociocultural referente al género y la sexualidad es clave para la prevención en salud sexual.

ITS y PVH: asunto de mujeres. Los hombres asociaron las ITS y el PVH con el hecho de “ser mujer”, creen que las mujeres son quienes padecen comúnmente las ITS. Esta creencia la reafirman con la vacuna contra el PVH, que solo se aplica a las mujeres, por consiguiente, ellas son la fuente del virus. En tal sentido, el PVH no los afecta, por lo que no les interesa el tema y manifestaron que solo las mujeres deben buscar ayuda en los programas de salud sexual, lo cual queda expresado en el siguiente testimonio de un estudiante: “En las mujeres son comunes las infecciones, en un hombre no es tan común. La mujer tendrá más costumbre de estar pendiente de eso y llevar un control” (GD5H2ING24).

PVH generador de crisis y estigmatización de la mujer. Los/las jóvenes relacionan el PVH con la promiscuidad, el inicio temprano de relaciones sexuales y con el cáncer de cuello uterino. Esta asociación causa un impacto psicológico negativo en las mujeres cuando reciben un diagnóstico de PVH. Entre las reacciones emocionales están la culpa, el señalamiento y la angustia por la posible infidelidad de la pareja. Una de ellas manifestó: “Él [médico] me hizo la colposcopia y me dijo ¡ah sí, tenés papiloma humano! ¡Qué trauma! ¡Hasta carnet me dieron de enfermedad de transmisión sexual!” (GD1M6EDES22).

Con confianza se previenen las ITS. Hombres y mujeres manifestaron conocer el condón, la forma de uso, sus beneficios y sugieren el uso. Sin embargo, declaran que el condón pierde utilidad cuando se alcanza la confianza en la pareja. Fue notable el hecho de que aunque exista confianza, es difícil comunicarle a la pareja el padecimiento de una ITS, lo cual los pone en la encrucijada entre disfrutar de las relaciones sexuales o limitar la vida sexual. Para esta situación, uno de los estudiantes dijo: “Si de pronto le cuenta, la otra persona podría desconfiar y no tener relaciones con él” (GD5H2ING24).

Las diferencias de género y la prevención. Las mujeres ven en la confianza la oportunidad de lograr acuerdos de pareja para controlar el riesgo, sin embargo, reconocieron que existen dificultades a la hora de la negociación. En el siguiente testimonio, la prevención está basada en la práctica de exámenes para verificar la presencia o ausencia de ITS, motivada por la mujer: “Yo me cansaba de decirle, vea hágase los exámenes, hágase los. Y él me decía: ‘¡otra vez vos con eso! ¡vos si sos cansona!’ Yo me los hago, necesito es que te los hagas vos, porque yo me estoy cuidando y quiero que estemos bien y que me cuides” (GD6M3ING21); responsabilidad que recae sobre las mujeres. Este escenario nuevamente evidencia desigualdades de género.

Percepción de los hombres ante el tema de las ITS. Hablar de ITS se considera cosa de mujeres, fue algo incómodo para los hombres, prefirieron no saber del tema y preocuparse simplemente por evitar que la pareja quede embarazada; así lo expresó uno de ellos: “Hay dos posibilidades en la vida, uno es conocer mucho del tema (ITS) o a veces no saber nada del tema y vivir mejor” (GD1H1POLI24).

Cuando hablaron sobre el programa de Salud sexual y la actividad que ofrece la Universidad a los estudiantes, en los hombres se develó cierta aversión por este tipo de servicios porque creen saberlo todo y solo buscarían ayuda profesional ante la observación de alteraciones físicas, de lo contrario no es necesario. Además, expresaron que las mujeres son quienes hacen uso de estos servicios, así lo expresó uno de ellos: “Yo ya sé todo, para qué voy a ir a charlas, son las mujeres que siempre tratan de buscar [la información en salud sexual]” (GD7H3ING18). También, hubo un temor manifiesto de llegar a ser objeto de burlas por parte de sus pares que consideran que asistir a este tipo de eventos es algo “gay” o de mujeres: “Tú dices algo así en primero (que vas

para una cita sobre sexualidad) y te la van a montar toda la vida. ¿Quién fue el que hizo algo así como todo *gay*?” (GD8H8MED22).

Cáncer: debilidad, aislamiento y muerte. “¿Qué me falta por hacer? ¿Qué me falta por vivir?”

Los/as jóvenes reconocieron la palabra cáncer en la perspectiva biológica. Construcción posiblemente producto de la academia, en particular de los estudiantes de medicina que mostraron mayor dominio sobre el tema. En general, describieron al cáncer como masas que crecen sin control, causan debilidad, aislamiento y por último la muerte. Los estudiantes de medicina señalaron que algunos tipos de cáncer no cursan con formación de masas.

Por el énfasis medicalizado que se encuentra en el imaginario colectivo, los/as jóvenes relacionaron el cáncer con quimioterapia, dolor, amputación o pérdida del órgano afectado, y manifestaron desconocimiento acerca de los sentimientos y pensamientos de las personas con cáncer.

Para ellos/as, tener un cáncer representa pasar de una vida activa, llena de afecto y libertades, a otra de restricciones, debilidad y cuidados médicos, que afectaría el desempeño de todas las actividades. Percibieron a la persona con cáncer como quien experimenta al inicio una muerte social, al dejar de ser económicamente productiva, seguido del aislamiento. Una de las mujeres lo expresó: “Las personas se ponen súper flacas, se les cae el cabello. Las quimioterapias algunos la asimilan, otros no. Es un proceso súper complicado. Mejor dicho, tener cáncer eso ya es como decir la muerte” (GD6M3ING21).

Finalmente, consideraron que la persona con cáncer experimenta la muerte corporal y torna su vida hacia lo espiritual para alcanzar la salvación y el perdón por los errores terrenales o, de forma alternativa, reconstruyen su armonía con la naturaleza. En este sentido, una mujer señaló: “Yo optaré más por lo natural. Aislarme en un lugar a campo abierto, tener más contacto con la naturaleza. Porque soy de las que pienso, que cuando uno pasa de dimensión, como se dice normalmente, cuando uno muere, trasciende, uno pasa a ser parte de la naturaleza” (GD4M2ZOO20).

Cáncer de cuello uterino. Verrugas mortales que acaban con el placer sexual. Los/as estudiantes de medicina tenían claro el concepto de cáncer de cuello uterino y la relación con al-

gunos genotipos del PVH, incluso sabían de la existencia de otros genotipos causantes de los condilomas en la región perianal. En contraste, los/as jóvenes de las otras áreas de conocimiento mostraron confusión entre los virus PVH y VIH, principalmente en los modos y las vías de transmisión. Para ellos/as, la infección por PVH sucede con el inicio de relaciones sexuales, luego aparecen las verrugas y estas a su vez evolucionan a cáncer de cuello uterino. Los discursos analizados muestran que los/as estudiantes perciben la presencia de verrugas seguida por el riesgo del cáncer, lo cual se observa en el siguiente testimonio de una mujer: “El PVH no tiene cura porque tiene un tratamiento en el cual se queman las verrugas, pero en un periodo de tiempo se vuelven a regenerar y si fuera muy grave ya llega a un cáncer de cuello uterino” (GD6M3ING21).

Para las mujeres, el cáncer de cuello uterino significaría un cambio en el modo de vivir la sexualidad. Las relaciones sexuales serían dolorosas y limitarían el placer. Tal situación la asociaron con la potencial pérdida de la pareja, a lo cual temen, y manifestaron: “De pronto hasta perder a la persona que quieres, porque uno no sabe de qué manera puede aceptar el otro el hecho de que te duela [la relación sexual]” (GD6M4ART21).

La sociedad, cómplice del cáncer de cuello uterino. Los/as estudiantes de medicina manifestaron que es difícil prevenir este cáncer porque el condón no protege contra el PVH. Con esta afirmación, dan a conocer que las relaciones sexuales son determinantes y que evitarlas es más complicado que el mismo cáncer. En general, independientemente del área del conocimiento y el sexo, estuvieron de acuerdo en que las relaciones sexuales a temprana edad y la promiscuidad favorecen el desarrollo del cáncer de cuello uterino. Asimismo, piensan que factores como la música y la falta de comunicación en las familias, posibilitan las relaciones sexuales. Una de las mujeres se expresó así: “A mí me gusta el reguetón, me gusta toda la música, pero es que uno sabe qué induce. Es que esa música hoy en día todo es directo ‘mami chula mete’. Son movimientos que seducen” (GD4M1ZOO19).

Cánceres desconocidos. “Como no es alta la prevalencia, pues no es muy conocido.” En general, los/as jóvenes no asociaron el cáncer en canal anal, orofaringe y pene con el PVH. Para prevenir estos cánceres, unos estudiantes adujeron que el deporte y la buena alimentación son una buena opción, mientras

que otros aceptaron que frente al desconocimiento que tienen de estos cánceres, no habían pensado en prevenirlos. En uno de los grupos de discusión, expresaron la creencia de que “el cáncer lo tenemos todos, a unos se les desarrolla y a otros no”; mito que afecta de manera negativa la intención de prevención; en palabras de ellos: “¿para qué prevenir algo que ya todos tenemos?”

- **Cáncer de canal anal:** posiblemente por la penetración anal. Algunos jóvenes relacionaron, de forma dudosa, el cáncer en canal anal con las prácticas sexuales, sin conectarlo con la infección por PVH. Los hombres estudiantes de medicina y algunos de otras áreas piensan que son los homosexuales los afectados, tal como lo manifestó uno de ellos: “Eso es más para las personas homosexuales, que practican la penetración anal” (GD5H2ING24). Por su parte, las mujeres expresaron que la penetración anal no es exclusiva de los homosexuales y, por consiguiente, también ellas pueden llegar a desarrollar este cáncer.
- **Cáncer de orofaringe:** probablemente por sexo oral. Gran parte de los estudiantes, incluyendo a los de medicina, consideró que el cáncer en la boca y garganta afecta a cualquier persona consumidora de tabaco y alcohol. Los/as jóvenes, independientemente del área de estudio, se mostraron dudosos con la relación cáncer orofaríngeo y prácticas sexuales, lo cual se evidencia con las siguientes preguntas: “¿El sexo oral genera cáncer de faringe? Quizás. ¿No? Puede ser” (GD2H1ODON21), “Apenas esta semana me vine a enterar de que probablemente, porque creo que es un mito que el sexo oral dé cáncer. ¿Pues cómo?” (GD5H1ECON20).
- **Cáncer de pene:** afecta la masculinidad. Los jóvenes declararon que nunca habían escuchado hablar sobre este cáncer. Una estudiante del área de la salud justificó el desconocimiento en la baja frecuencia del cáncer de pene, y para los/as participantes del área de la salud, los cánceres más conocidos por las personas son los que más se diagnostican en el medio. Se imaginaron el cáncer de pene como la formación de masas, la putrefacción y la amputación. Cuando contemplaron la posibilidad de tener un cáncer de pene, los hombres vieron diezmada su masculinidad, evidenciando que para ellos el pene es el centro de esta; en su discurso, uno de ellos dijo: “Esa parte de uno [el pene] es como símbolo de masculinidad, entonces para uno es un impacto muy fuerte, yo creo que para un hombre, aparte de cáncer y que sea en esa parte es como muy duro” (GD5H2ING24).

Discusión

Aprendizaje a partir de la experiencia

Uribe *et al.*, reportaron que los hombres consideran las relaciones sexuales como una forma de reafirmar su virilidad y de ser aceptados por el grupo (18). En este estudio se encontró que para hombres y mujeres, las relaciones sexuales son muestra de madurez y asunto importante en su grupo social.

En general, al comparar los discursos de los estudiantes de las áreas de la salud con los estudiantes de las demás áreas, no hubo diferencias, a excepción de los conocimientos y las percepciones que tenían sobre la etiología del cáncer y la relación del PVH con el cáncer de cuello uterino, temas que fueron abordados con mayor complejidad por los estudiantes de las áreas de la salud. Posiblemente, la razón de esta similitud en los discursos podría deberse en gran parte a que los/as estudiantes adquirieron los conocimientos de la experiencia indirecta de allegados y de los medios de comunicación.

El aprendizaje arraigado de los conocimientos y las experiencias subyace en los aprendizajes durante la formación académica. A partir de las enseñanzas informales en salud y las experiencias propias y de otros, los/as estudiantes piensan que las infecciones son alteraciones observables en el cuerpo. Por tal motivo, cuando en los diferentes grupos de discusión se habló de ITS, independientemente del área de conocimiento, hicieron alusión a la observación de signos y síntomas, lo que denota confusión entre los conceptos infección/enfermedad. Un hallazgo similar fue reportado por Wiesner *et al.*, al encontrar en un estudio realizado en personal de salud que médicos generales y ginecólogos confundían ambos términos cuando daban explicaciones a sus pacientes sobre el PVH (19).

En esta investigación, así como en el estudio realizado por Muñoz, los/as jóvenes manifestaron la importancia del otro como fuente de conocimiento. El otro es importante porque hace posible la recreación de diversas situaciones que constituyen el conocimiento social y la construcción del sujeto, a través de la aprehensión de prácticas, comportamientos, actitudes y creencias (20).

Para los/as jóvenes, los pares son muy importantes, porque con ellos es posible desahogar sus experiencias en sexualidad, lo que no pueden hacer con otras personas. Igualmente, en este

estudio los jóvenes manifestaron la poca apertura entre padres e hijos para hablar de sexualidad, a pesar de que la familia es el primer espacio de aprendizaje (18). Según Noroozi, la familia se considera un espacio que genera desconfianza, miedos y silencios por la forma como se trata el tema en el mundo de los adultos, que encasilla la sexualidad en un sitio de prohibiciones, pudor y una valoración negativa (21).

La falta de una fuente válida para aclarar las dudas, lleva a conductas sexuales riesgosas que, por lo general, están orientadas básicamente por la tradición. El paso generacional de información, influida por la intuición y la sociedad, seduce a los/as jóvenes a iniciar la vida sexual de manera prematura; obliga a los adolescentes que aún no tienen la información necesaria para la toma de decisiones a valerse únicamente de la confianza que inspira su pareja para disminuir el riesgo de enfermedad.

Construcciones sociales de género y prevención en salud sexual

La confianza. Para los/las estudiantes, la confianza representa protección contra las infecciones, en consecuencia, es la medida de prevención que más practican. Estrategia que también fue reportada en la investigación realizada por Tamayo *et al.* (11). En ambos estudios, los participantes tenían conocimientos sobre el uso del condón como medida profiláctica; sin embargo, la decisión de uso estuvo basada en el grado de confianza al que ha llegado la relación de pareja. El condón adquiere, entonces, una connotación sentimental que eclipsa la utilidad original y biológicamente aceptada.

La confianza influye sobre la decisión de usar o no el condón. Según Uribe *et al.*, el uso del condón depende del tipo de relación de pareja en que se encuentren, si la relación es de noviazgo, los/as estudiantes consideran que ya no es necesario utilizarlo (18). Sin embargo, esta decisión no es ajena a la condición de género, tal y como lo corroboran las investigaciones realizadas por Marques *et al.* y Arraes *et al.*, estudios en los cuales, el uso del condón fue decisión del hombre y se consideró necesario en los encuentros sexuales con personas desconocidas (22, 23). Según estos autores, para los hombres jóvenes, la persona desconocida representa el riesgo y la culpa. En caso de un contagio, la culpa recae sobre la mujer por ser considerada la fuente de transmisión de infecciones, percepción que también se encontró en esta investigación (22, 23).

Para Fenell, el abandono del uso del condón en las parejas, sucede principalmente porque afecta el placer durante la relación sexual, causa molestias e irritación, por lo que se opta por utilizar otras alternativas anticonceptivas (24), hallazgo que es compatible con lo descrito por los/as jóvenes de este estudio. Con base en estos resultados, se podría afirmar que la confianza en la pareja aumenta el placer en las relaciones sexuales, al permitir que se renuncie al uso del condón.

El significado de la confianza es difícil de definir; por lo general, las personas la asocian a la idea del bien, a la esperanza que se tiene en que la otra persona actúe como se desea. Ante la realidad expuesta, cabe preguntarse ¿cuándo consideran los/as jóvenes que se logró la confianza?, ¿la confianza es asunto de méritos o de tiempo?, ¿cuánto tiempo es suficiente para que haya confianza?, ¿cuáles son los méritos necesarios para lograr esa confianza? En este estudio, para los/as jóvenes la confianza se basa en creer conocer a la persona, considerar la relación de pareja estable y la existencia de garantías por un acuerdo matrimonial.

Aunque exista confianza, en esta investigación fue manifiesto el miedo de comunicar a la pareja el padecimiento de una ITS, porque puede influir en los encuentros sexuales, así como en la posibilidad de acabar con la confianza lograda. Hallazgo similar fue publicado por Weisner *et al.*, en mujeres de Bogotá (Colombia), quienes consideraron que la dificultad en el diálogo radica en que la sexualidad es un tema tabú y en el temor a la ruptura de la relación (19).

La diferencia en las prioridades de hombres y mujeres dificulta la negociación. Los hombres centraron su interés sexual en un cuerpo orgánico, por tanto, sus argumentos se basaron principalmente en aspectos físicos; contrario a las mujeres que manifestaron su interés en un cuerpo emocional. Este hallazgo coincide con lo reportado por Uribe *et al.*, quienes afirman que lo que motivó a las mujeres a tomar la decisión de tener actividad sexual fue el sentirse enamoradas, mientras que los motivos de los hombres estuvieron centrados en la necesidad biológica, el placer y sentir a partir de la experiencia directa (18).

El estudio de Muñoz, reporta que el aspecto físico juega un papel preponderante en la actitud de los hombres hacia su propio cuerpo; el cuidado está condicionado por la aprobación del otro, a través de la demostración de vigor y fuerza en búsqueda del reconocimiento y la aceptación social (20). Pese a la mirada del otro,

los hombres adoptan más una perspectiva individual, piensan la salud como el sentirse bien —el bienestar propio—. En contraste con las mujeres para quienes, según Vergara, es evidente la proyección del concepto salud a una dimensión grupal y social; en este sentido, hablan sobre sentirse bien y hacer sentir bien a los demás (25).

Es notorio que las prioridades entre los hombres y las mujeres son diferentes, así como su forma de pensar y actuar. En la perspectiva del hombre, es más importante evitar un embarazo que las infecciones. Situación similar a la reportada por Steern y por Sanjaume, quienes afirmaron que la prevención del embarazo fue lo que motivó conductas protectoras en las relaciones sexuales (26, 27).

Percepción de los hombres ante el tema de ITS. En esta investigación fue notable la actitud evasiva del hombre para buscar consejería profesional en los programas de salud sexual, por considerar que esta es propiamente femenina y por el miedo a ser etiquetado “gay”. Según los escritos de Muñoz y de Hernández *et al.*, dentro de la construcción social dominante del rol masculino está el verse fuerte física y emocionalmente, pensarse independiente, asumir riesgos y no necesitar el cuidado de los demás, razón por la cual la enfermedad, la vejez dependiente y la búsqueda de apoyo se consideran manifestaciones de debilidad relacionadas con lo femenino (20, 28).

La perpetuación de principios patriarcales en la sociedad colombiana actual, es la principal barrera de prevención de los cánceres asociados al PVH, incluidas otras ITS. Ese miedo hacia lo femenino es reportado en algunas culturas indígenas como los baruya (Papúa, Nueva Guinea) en donde para conquistar el estatus viril, el niño debe pasar por una serie de rituales en los que se va configurando su carácter masculino en la medida en que son borrados todos aquellos restos de feminidad (29).

En la cultura tradicional colombiana, la masculinidad es producto de un esfuerzo sostenido y ejercido por negar todo aquello que sea considerado femenino; los hombres están ahí para oponerse a la realización de lo femenino en ellos y asegurar, mediante su negación, el rol aceptado por la sociedad como correcto (29).

El comportamiento sexual esperado se relaciona estrechamente con los sistemas de género que, infortunadamente, en

esta época se siguen manifestando en desigualdad hacia las mujeres. En este sentido, cuando las necesidades de la pareja son diferentes, los hombres generalmente reaccionan con cierto desagrado, por lo que la mayor parte de las veces las mujeres terminan cediendo ante las demandas de estos para cuidar su relación de pareja (30).

A pesar de los avances en la ciencia, la economía, la política y lo social, muchos de los problemas inherentes a la sexualidad que agobian a las mujeres de este siglo, son similares a los que agobiaron a las mujeres del siglo XIX. La clave para que las mujeres salgan de la esclavitud, consiste en romper con los esquemas educativos que las forman para estar al servicio y bajo la tutela de los hombres, y más bien orientar la educación en la importancia de su rol en la sociedad actual (31) y fortalecer su capacidad de negociación con la pareja que sume a la autodeterminación.

La negociación se opone al sacrificio porque implica regirse por un contrato en igualdad de condiciones, bajo la premisa de un reconocimiento recíproco como sujetos de pleno derecho, que comparten deberes, fijan límites, definen libertades y buscan elegir lo que se desea. La transacción no es solo con la pareja, sino consigo mismo, e implica un cambio en el sujeto y en la forma como es concebido por la sociedad (31).

La consecuencia de la no negociación, por lo general es el sometimiento y el sacrificio que están inmersos en la fe de la mayoría de las religiones. Según Sigmund Freud, la religión se ha apresurado a sancionar limitaciones y a promover renunciaciones que se traducen en sacrificios por la colectividad. El argumento religioso promulga una verdad que es histórica e invita a la "repetición sacrificial", que arrastra inconscientemente el sujeto hacia Dios, cortando su propio acceso a la verdad (32).

Cáncer de cuello uterino y cánceres desconocidos: relación con el PVH. Los/as jóvenes relacionaron el cáncer de cuello uterino con el PVH. Los medios de comunicación cumplieron un papel importante con la publicidad y las campañas adelantadas, una vez acogida la vacunación en Colombia contra el PVH en el Programa Ampliado de Inmunizaciones, lo cual posiblemente permitió que los/as jóvenes no pertenecientes al área de la salud asociaran el virus con este cáncer, hallazgo que es compatible con los reportes de otros estudios (11, 12, 19).

En ningún momento, los/as jóvenes develaron la influencia del PVH en los cánceres del canal anal, pene y orofaringe, más

bien les atribuyeron otras causas. Coincidiendo con los hallazgos de Carstens, la explicación podría basarse en el hecho de que piensan que son las mujeres quienes se enferman y los hombres solo portan el virus; por consiguiente, no se imaginan que otros cánceres diferentes al de cuello uterino puedan ser consecuencia del PVH (12).

La frecuencia de ocurrencia del tipo de cáncer determina que este sea o no conocido por las personas (10); lo que apoya el hecho de que las vivencias y la observación generan conocimientos en salud entre los/as jóvenes: *lo que más se ve, es lo que importa*. Igualmente, es notoria la formación positivista de los/as estudiantes de las áreas de la salud, quienes piensan que las acciones se realizan según la frecuencia de la enfermedad. Posiblemente por esta misma razón, la información sobre los cánceres asociados al PVH y su inclusión en campañas preventivas es prácticamente inexistente. Cabe destacar que, en Colombia, la frecuencia del cáncer de pene no está claramente establecida por dificultades y carencias de los sistemas de información y de los registros poblacionales de cáncer que no cubren a todo el país.

Cáncer: debilidad, aislamiento y muerte

El cáncer de pene y el de cuello uterino afectan la vida. Para los hombres, sufrir de cáncer de pene significa perder su virilidad, dejar de ser hombres. Un estudio realizado por Khan *et al.* evidenció que, para los hombres, el pene es el núcleo de la masculinidad. Representa poder por su papel en la penetración, considerada necesaria para ganar a las mujeres (33).

Con el cáncer de pene, los jóvenes imaginaron la pérdida del órgano. Para Freud, el portar un pene envía un mensaje al otro: "No tengo miedo de ti, te desafío, tengo un pene". La amenaza de perder el pene es asociada con la adopción de una imagen corporal femenina (34). La castración implicaría perder la omnipotencia y pondría en peligro la imagen narcisista masculina (35). Según Godelier, en este hecho se puede constatar el valor diferencial de los sexos en el orden psíquico, en la medida en que existe valoración positiva del órgano masculino y una desvalorización de lo femenino por su ausencia (29).

Para las mujeres, el PVH es causa de crisis y señalamientos posiblemente porque está asociado a la promiscuidad, la infidelidad, al cáncer de cuello uterino y a la muerte. De forma similar, Castro y Arellano observaron un impacto negativo en la vida se-

xual de las mujeres a causa de la desconfianza en sus parejas (36). Otros autores reportaron sentimientos de angustia, estigma y temor (37, 38). Según Weisner *et al.*, tener una ITS, además de estar asociada al cáncer, puede desencadenar temor hacia las relaciones sexuales por considerarlas de riesgo para infectarse o desencadenar un cáncer (19).

El cáncer de cuello uterino y el de pene ocasionaron reacciones similares en mujeres y hombres, respectivamente. En la mujer, el temor de perder el placer y la pareja, y en el hombre, significa el fin su masculinidad y de su vida sexual. Ambas percepciones demuestran la creencia de que la fuente del placer sexual es el pene, que el placer solo es posible con la penetración, y que la mujer no puede vivirlo sin la presencia de un hombre.

Limitaciones del estudio

La baja respuesta de los hombres a participar en los grupos de discusión, en lo cual pudo influir el haber informado, por ética, el tema por discutir, pudo obedecer posiblemente a los patrones culturales que catalogan las actividades educativas y preventivas de salud sexual propias de mujeres. Debido a la baja participación masculina, las investigadoras consideraron apropiado incluir tres grupos con solo dos participantes, cinco de ellos hombres, quienes estuvieron dispuestos a dar sus testimonios. De igual modo, una limitante del estudio fue el no haber realizado, pese a los esfuerzos, grupos de discusión únicamente con hombres y con mayor número de participantes, que permitieran la expresión del discurso sin la presión y el condicionamiento que pudo generar la presencia de las mujeres.

En este estudio, las percepciones de los jóvenes universitarios sobre el cáncer y el PVH no se abordaron desde las particularidades de la identidad y la orientación sexual, por no tratarse del objetivo del mismo; sin embargo, se reconoce la importancia de estas categorías que podrían ser incluidas en futuras investigaciones.

Conclusiones y recomendaciones

Los/as jóvenes relacionaron el cáncer de cuello uterino con el PVH, mas no a esta infección con el cáncer en canal anal, oro-

faringe y pene, cánceres que desconocían o sobre los que tenían muy poco conocimiento. Pensar que el PVH solo afecta a las mujeres, no les permitió imaginarse al virus implicado en la etiología de otros cánceres.

Este estudio identificó algunas percepciones poco investigadas, que son de interés para la intervención en programas de educación sexual, tales como la influencia religiosa en la concepción de placer y sexualidad, ver el cuidado en salud sexual como asunto de mujeres o de personas "gay", creer que todas las ITS se manifiestan con síntomas y signos, pensar que la confianza sustituye el uso del condón, considerar que el PVH solo se transmite por relaciones coitales, equiparar PVH con cáncer de cuello uterino, y, finalmente, creer que "todos tenemos cáncer, a unos se les desarrolla y a otros no".

Los roles de género fueron determinantes al momento de asumir o no comportamientos preventivos, lo cual sugiere que las estrategias preventivas diferenciadas por género solo logran profundizar las desigualdades construidas culturalmente, por tanto, estas deberán enfocarse en la compleja tarea de construir y reconstruir los roles de género.

Para el abordaje de la sexualidad en los programas de salud, en el componente educativo, es necesario cualificar al personal de enfermería, profesional y técnico, más allá de lo biológico y medicalizado, para dar respuesta al cuidado integral de enfermería en la complejidad que implica la sexualidad, bajo el enfoque de género. Igualmente, como cuidadoras es necesario conocer y reflexionar sobre las realidades de los/as jóvenes acerca de sus creencias, tabúes, conocimientos y prácticas de cómo viven la sexualidad.

Los hallazgos de esta investigación son importantes para la enfermería porque evidencian el desconocimiento en el segmento de la población de mayor riesgo, los jóvenes, de la relación existente entre el PVH y otros cánceres diferentes al de cuello uterino, vacíos que se deberán considerar en el cuidado de la salud a través de la educación. También, aporta conocimientos sobre aspectos poco o nada abordados en las actividades de promoción de la salud, como el autoerotismo en mujeres, la negociación en la pareja, la desigualdad de género, entre otros.

Referencias

1. Zaldívar L, de Larrea G, Molina MF, Sosa CF, Ávila J, Lloret Rivas M, et al. Cáncer cérvicouterino y virus del papiloma humano. *Rev Chil Obstet Gineco*. 2012;77(4):15-321.
2. Shack L, Lau H, Huang L, Doll C, Hao D. Trends in the incidence of human papillomavirus- related noncervical and cervical cancers in Alberta, Canada: a population- based study. *CMAJ Open* [Internet]. 2014 [visitado 2014 oct 31]; 2(3):E127-132. Disponible en: <http://aplicacionesbiblioteca.udea.edu.co:2084/pubmed/25114894>.
3. Machado AP, Gatto F, Mareti C, Martins T, Sobrinho L, Junqueira C, Teixeira A, et al. Presence of highly oncogenic human papillomavirus in the oral mucosa of asymptomatic men. *Braz j infect dis* [Internet]. 2014 [visitado 2014 oct 31]; 8(3):266-270. Disponible en: http://aplicacionesbiblioteca.udea.edu.co:4230/S1413867013002869/1-s2.0-S1413867013002869-main.pdf?_tid=d3b900be-5b90-11e4-a220-00000aab0f26&acdnat=1414164011_48272b7ab1d53e708c50084c8d146d8f
4. Almonte M, Muñoz N. Carga de cánceres asociados con el virus Papiloma Humano en América latina. Simposio. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia* [Internet]. 2007 [visitado 2012 oct 20]; 53(2):93-97. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/ginecologia/vol53_n2/pdf/A05V53N2.pdf
5. Chaux A, Netto G, Rodríguez I, Barreto J, Oertell J, Ocampos S, et al. Epidemiologic profile, sexual history, pathologic features, and human papillomavirus status of 103 patients, with penile carcinoma. *World J Urol*. 2013;31(4):861- 867.
6. Zandberg DP, Bhargava R, Badin S, Cullen KJ. The role of human papillomavirus in nongenital cancers. *A Cancer Journal for Clinicians*. 2013;63:57-81.
7. Videla S, Darwich L, Cañadas M, Coll J, et al. Natural History of Human Papillomavirus Infections Involving Anal, Penile, and Oral Sites Among HIV-Positive Men. *Sexually Transmitted Diseases*. 2013;40(1):3-10.
8. Profamilia. Encuesta nacional de demografía y salud (ENDS). Colombia [Internet]. 2010 [visitado 2014 may 26]. Disponible en: <http://www.profamilia.org.co/encuestas/Profamilia/Profamilia/images/stories/PDF-capitulos/Capitulo-15.pdf>
9. Vargas Melgarejo L. Sobre el concepto de percepción. *ALTERIDADES* [Internet]. 1994 [visitado 2014 may 02]; 1(8):47-53. Disponible en: <http://148.206.53.230/revistasuam/alteridades/include/getdoc.php?id=75&article=76&mode=pdf>.
10. Mosavel M, El-Shaarawi N. "I have never heard that one": Young girls' knowledge and perception of cervical cancer. *Journal of Health Communication* [Internet]. 2007 [visitado 2012 nov 2]; 12:707-719. Disponible en: <http://web.ebsco-host.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&hid=17&sid=666bbf32-ef8f-41ee-9c14-0f4183992560%40sessionmgr11>
11. Tamayo L, Chávez M, Henao L. Cáncer de cuello uterino: Más allá de lo que es la percepción de las mujeres de Antioquia (Colombia) y Colima (México), 2008. *Estudios sobre las Culturas Contemporáneas*. 2010;XVI(32):41-61
12. Carstens, C. Conocimiento y conductas asociadas a VPH: Un estudio descriptivo de Chile y España. Universidad de Salamanca [Tesis Máster en Internet]. 2012 [visitado 2013 oct 22]. Disponible en: http://gredos.usal.es/jspui/bitstream/10366/120780/1/TFM_CarstensC_Papiloma.pdf
13. Chávez MG, Tamayo LS, Rocha MA. Pensar a la Comunicación como categoría teórica conceptual útil para estudiar el servicio de salud pública en México. En Chávez MG, Tamayo LS. *Juventud, salud sexual y comunicación*. México D.F: Editorial praxis; 2009. p. 145-172.
14. Guber R. *La Etnografía. Método, campo y reflexividad*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores; 2011.
15. Ibáñez J. *Más allá de la sociología: el grupo de discusión. Técnica y crítica*. Madrid: Siglo Veintiuno Editores; 2003.
16. Chávez MG. *De cuerpo entero... todo por hablar de música. Reflexión técnica y metodológica del grupo de discusión*. México: Universidad de Colima; 2004.
17. Normas Científicas, Técnicas y Administrativas para la Investigación en Salud. Resolución 8430 de 1993. *Diario Oficial*. Bogotá: Ministerio de Salud de Colombia; 1993.

18. Uribe IJ, Covarruvias K, Andrade P. La cultura sexual de los adolescentes colimenses. Aspectos característicos de la cultura local. *Estudios sobre culturas contemporáneas*. 2008;XIV(28):61-95.
19. Wiesner C, Peñaloza J, Díaz del Castillo A, Tovar S, Salcedo H. Efectos psicológicos y sociales que genera la prueba del virus del papiloma humano: Un estudio exploratorio. *Rev Colomb Cancerol*. 2009;13(3):145-156.
20. Muñoz NE. El cuidado de sí en salud en adultos jóvenes. *Rev Trabajo social*. 2007;(5):69-94.
21. Noroozi M, Taleghani F, Merghati E, Tavakoli M, Gholami A. Premarital sexual relationships: Explanation of the actions and functions of family. *Iranian Journal of nursing and midwifery research* [Internet]. 2014 [visitado 2014 oct 31]; 19:424-431. Disponible en: <http://aplicacionesbiblioteca.udea.edu.co:2084/pubmed/25183986>
22. Marques J, Gomes R, Ferreira do Nascimento E. Masculinidade hegemônica, vulnerabilidade e prevenção ao HIV/AIDS. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2012;17(2):511-520.
23. Arraes CO, Palos MA, Barbosa MA, Teles SA, Souza MM, Matos MA. La masculinidad, la vulnerabilidad y la prevención de ETS/VIH/SIDA entre los adolescentes varones: las representaciones sociales en un asentamiento de reforma agraria. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2013 [visitado 2014 marzo 31]; 21(6):1266-73. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n6/es_0104-1169-rlae-0104-1169-3059-2363.pdf
24. Fenell J. "And Isn't that the point?" Pleasure and contraceptive decisions. *Contraception* [Internet]. 2014 [visitado 2014 mar 28]; 89:264-270. Disponible en: http://aplicacionesbiblioteca.udea.edu.co:4230/S0010782413007348/1-s2.0-S0010782413007348-main.pdf?_tid=32c02b56-b6a9-11e3-a567-00000aab0f27&acdnat=1396032537_b313ed4d3901d17acb9c0a9af3eb59a3
25. Vergara MC. Representaciones sociales sobre salud, de algunos grupos de jóvenes de Manizales, Colombia. *Rev Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*. 2009;7(1):105-133.
26. Steern C, Fuentes- Zurita C, Lozano- Treviño LR, Reysoo F. Masculinidad y Salud Sexual y Reproductiva: Un estudio de caso con adolescentes de la ciudad de México. *Salud Pública Mex* [Internet]. 2003 [visitado 2013 oct 3]; 45 (suppl: s34-s43). Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v45s1/15444.pdf>
27. Sanjaume S, Fernández M, Vidal L, Puigvert N, Mascort K, García J. Percepción del riesgo de contraer una enfermedad de transmisión sexual en población Joven. *Aten Primaria* [Internet]. 2010 [visitado 2013 may 18]; 42(3):143-148. Disponible en: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pidet_articulo=13147385&pidet_usuario=0&pcontactid=&pidet_revista=27&ty=50&accion=L&origen=zonadelectura&web=zl.elsevier.es&lan=es&fichero=27v42n03a13147385pdf001.pdf
28. Hernández Y, Ramírez E, Salgar K. La batalla entre el dicho y el hecho: Percepciones de los jóvenes universitarios sobre el cuidado de sí [Tesis CD-ROM]. Colombia: Universidad de Antioquia; 2012.
29. Godelier M. What is a sexual act? *Anthopological Theory* [Internet]. 2003 [visitado 2014 oct 31]; 3(2):179-198. Disponible en: <http://aplicacionesbiblioteca.udea.edu.co:4573/content/3/2/179>
30. Carmona M. ¿Negocian las parejas su sexualidad? Significados asociados a la sexualidad y prácticas de negociación sexual. *Estudios Feministas* [Internet]. 2011 [visitado 2014 mar 28]; 19(3):801-821. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-026X2011000300008&script=sci_arttext
31. Gallo H, Jaramillo A, López R, Ramírez M. *Feminidades. Sacrificio y negociación en el tiempo de los derechos*. Medellín (Colombia): Universidad de Antioquia; 2010.
32. Basualdo C. El sacrificio Freudiano. *Desde el jardín de Freud*. 2010;(10):195-202.
33. Khan S, Hudson-Rodd N, Saggars S, Bhuiyan M, Bhuiya A, Rauyajin O, et ál. Phallus, performance and power: Crisis of masculinity. *Rev Sexual and Relationship Therapy* [Internet]. 2008 [visitado 2013 nov 07]; 23(1):37-49. Disponible en: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=5&sid=7a54bba6-c930-4d2c-8ac0-7ed3c8cf0339%40sessionmgr12&hid=1>

34. Freud S. La Cabeza de Medusa. En Obras completas XVIII. Buenos Aires: Amorrortu; 1982 p. 270-271.
35. Couso O. Dos legados Freudianos. Desde el Jardín de Freud. 2010;10:123-134.
36. Castro MC, Arellano MC. Acceso a la información de mujeres con VPH, displasia y cáncer cervical in situ. Salud Pública Mex. 2010;52(3):207-212.
37. Mortensen G, Adeler A. Qualitative Study Of Women's Anxiety and Information Needs After a Diagnosis of Cervical Dysplasia. J Public Health. 2010;18(5):473-482.
38. Waller J, Marlow L, Wardle J. The Association between knowledge of HPV and feelings of stigma, shame and anxiety. Sex Transm Infect [Internet]. 2007 [visitado 2013 may 18]; 83(2):155-159. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2598611/>