

LO QUE NO SE VE, NO EXISTE

Percepciones de los jóvenes universitarios sobre el cáncer y el Papilomavirus humano,

Medellín, 2014

PAOLA ANDREA GIL CANO

**Trabajo de grado para optar al título de
MAGÍSTER EN MICROBIOLOGÍA Y BIOANÁLISIS
ÉNFASIS EN SALUD SEXUAL Y CÁNCER**

LUCÍA STELLA TAMAYO ACEVEDO

LUZ ELENA TAMAYO ACEVEDO

Asesoras

ESCUELA DE MICROBIOLOGÍA

UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA

MEDELLÍN

2014

LO QUE NO SE VE, NO EXISTE

Percepciones de los jóvenes universitarios sobre el cáncer y el Papilomavirus humano, Medellín, 2014.

RESUMEN:

El Papilomavirus Humano (PVH) es un virus oncogénico de transmisión sexual. El ADN del virus ha sido identificado en el cáncer de cérvix, ano, orofaringe y pene. Los jóvenes son vulnerables de infectarse por las prácticas sexuales de riesgo que asumen. La prevención de estos cánceres es posible por intervenciones en el comportamiento sexual; construcción socio-cultural que amerita investigaciones cualitativas. **Objetivo:** Comprender las percepciones que tienen los estudiantes de pregrado de la Universidad de Antioquia, sobre los cánceres de cuello uterino, ano, orofaringe, pene y cómo los relacionan con la infección por PVH. **Metodología:** Estudio etnográfico. Entre marzo de 2013 y abril de 2014, se realizaron ocho grupos de discusión con 23 mujeres y 14 hombres, estudiantes de la Universidad de Antioquia. Sus discursos fueron grabados, transcritos y analizados con el método argumentativo. **Resultados:** Los/as jóvenes relacionaron el cáncer de cérvix con PVH, contrario al cáncer de ano, orofaringe y pene, sobre los cuales hay desconocimiento. La confianza fue más importante que el uso de condón para prevenir el contagio. **Conclusión:** Pensar que las mujeres son las que enferman y los hombres no, es lo que no permite imaginar que otros cánceres diferentes al de cuello uterino, puedan ser consecuencia del PVH.

Palabras clave: Adulto joven, investigación cualitativa, infecciones por papillomavirus, neoplasias, percepción social, género y salud. (Fuente DeCs)

1. 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 anogenital (1-5). 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 (3- 9).

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 del cáncer de cuello uterino y el acceso a la citología (10, 11). Son escasos los estudios que permiten identificar las percepciones sobre el cáncer y la relación con el PVH. Entendida la percepción como el proceso biocultural en el que las personas dan significado y valores a las sensaciones. Estas representaciones 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 (12, 13).

Como antecedentes a este estudio de percepciones sobre el PVH y el cáncer se encontraron tres investigaciones. La primera realizada por Mosavel y El-Shaarawi, quienes enfocados en las percepciones y conocimientos sobre el cáncer en general, incluido el de cuello uterino, de mujeres latinas y afroamericanas de Norte América, con edades entre 12 y 17 años; encontraron que el cáncer fue asociado con la muerte, que hubo mayor conocimiento del cáncer de seno y pulmón que sobre el cáncer de cuello uterino, que no fue relacionado con el PVH (14). La

segunda, de Tamayo y Chávez, quienes abordaron las percepciones sobre el cáncer de cuello uterino en las mujeres de Antioquia-Colombia y de Colima-México; y hallaron que las antioqueñas no asociaron como agente etiológico de este cáncer al PVH; pero sí aspectos como la mala higiene genital, mala alimentación, tabaquismo o el no practicarse la citología (15). La tercera investigación, realizada por Carstens, estudió los conocimientos y conductas asociadas al PVH en mujeres con y sin educación superior, provenientes de Chile y España; en este estudio las mujeres reconocieron no recordar lo que les enseñaron sobre sexualidad en el colegio, mostraron mayor conocimiento sobre el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) que sobre el PVH y de este último conocían lo relacionado con la publicidad de la vacuna, que puso al cáncer de cuello uterino y no a otros cánceres como consecuencia del virus (16).

Según Chávez y colaboradores, 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 (17).

Para optimizar los resultados y el impacto de los programas, es importante abordar el tema del cáncer asociado al PVH en una perspectiva socio-cultural y como un problema de mayor complejidad, sobre el cual no serán suficientes, por si 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 capaces de interactuar en la transdisciplinariedad y en la interculturalidad al momento de emprender campañas educativas y comunicativas, evitando así, el choque cultural.

El objetivo del estudio fue comprender las percepciones que tienen los estudiantes de pregrado de la Universidad de Antioquia, sobre los cánceres de cuello uterino, ano, orofaringe, pene y cómo los relacionan con la infección por PVH; en esta perspectiva identificar las acciones y prácticas que asumen en el cuidado de sí, en especial en salud sexual, la población estudiantil que en su mayoría son jóvenes, edad de mayor riesgo de infección por PVH (2-4).

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 CODI en la convocatoria temática Universidad y educación superior del 2012.

Los resultados de este estudio aportan bases para orientar a los profesionales de la salud y a la comunidad universitaria, en el abordaje de la educación en salud y prevención de la infección por PVH y cáncer.

2. Materiales y método.

Estudio etnográfico que buscó aprehender el saber cultural y 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 sólo ellos pueden dar cuenta de su realidad (18).

El grupo de discusión es una estrategia metodológica apropiada para estimular la producción del discurso y recopilar las manifestaciones de deseos y creencias. Permite estudios desde adentro del 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 a considerar (19-22).

El grupo de discusión comprende tres etapas: pre-producción, producción y pos-producción (23, 24). En la pre-producción: 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 el discurso de los participantes se tornó repetitivo o no emergieron nuevas categorías.

En la producción: se realizaron ocho grupos de discusión, 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 su participación 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, y la participación efectiva fue entre 2 y 8 estudiantes.

El lugar destinado para los grupos de discusión fueron las aulas de clase de la Universidad de Antioquia, sitio de interacción habitual de los jóvenes. La participación fue voluntaria y se obtuvo el consentimiento informado de los participantes. Este estudio dio cumplimiento a los principios éticos y se consideró una investigación sin riesgo según el Artículo 11, numeral a y

Artículo 16, parágrafo primero de la Resolución número 008430 de 1993, del Ministerio de Salud de Colombia (25).

Las conversaciones fueron grabadas para luego ser transcritas palabra por palabra, para garantizar que representara fielmente el discurso de los jóvenes. Se protegió la privacidad y confidencialidad de los participantes 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 y la edad.

Fase de pos-producción: Esta fase se inició con la transcripción palabras 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 (23,24). Finalmente se esquematizó lo expresado por los jóvenes usando el programa FreeMind versión 0.8.0. El discurso analizado fue sometido a triangulación con otros estudios, con el punto de vista de otros investigadores y con los jóvenes (23 ,24).

3. Resultados

Se construyeron tres esquemas donde se observan los objetos y predicados detectados a lo largo de los ocho grupos de discusión: -Esquema general de percepciones sobre el cáncer y la relación con el PVH (Gráfico 1), - Percepciones comparadas por sexo (Gráfico 2) y - Percepciones comparadas por área de conocimiento (Gráfico3). Las categorías emergentes fueron:

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

Cuando se abordó el tema de relaciones sexuales, fue notoria la importancia que éste tiene entre los/as jóvenes. En los discursos de las mujeres prima la vinculación de los sentimientos y la respuesta social con prohibiciones, mientras que para los hombres fue el contacto físico, el instinto y el goce. Los aspectos incluidos en esta categoría reflejaron el aprendizaje informal de los/as jóvenes y la legitimación de lo aprendido por la tradición.

Sexualidad tema tabú. Para los/as jóvenes, la educación en sexualidad en escenarios familiares y escolares está sesgada por las creencias religiosas que limitan hablar abiertamente del tema y por ende no son los espacios para aclarar las dudas. Tal situación, los motiva a aprender a través del diálogo con los pares y a la búsqueda de información en medios masivos de comunicación como internet y la televisión. El conocimiento se transmite mediante experiencias propias o narradas a través de los amigos, de quienes no reciben señalamientos ni prohibiciones, simplemente dan respuestas. El saber tradicional se convierte entonces, en la principal fuente de información: *“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).*

Para los/as jóvenes, el espacio familiar pone el tema de la sexualidad en el silencio y en la prohibición para vivenciarla, especialmente en las mujeres que advirtieron la constante amenaza de las madres *“cuidado con un embarazo”*. En general manifestaron que recibieron algún tipo de información sobre sexualidad en la educación básica secundaria, de la cual fue poco lo que

aprendieron o no recuerdan. El siguiente testimonio 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).

Las relaciones sexuales fueron asumidas como algo usual, sin muestras de culpabilidad y practicarlas, al parecer, es evidencia de independencia y autonomía. Los testimonios apuntaron a ser más aceptadas en los hombres, quienes a la par legitiman que la abstinencia es cosa de mujeres, argumentan que los hombres no controlan el instinto sexual, mientras que las mujeres si pueden hacerlo. Para los/las estudiantes, la religión legitima y potencializa estas diferencias: *“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 (sexualmente) que a uno.”* (GD7H2FARM25).

Placer primero que prevención. Los/as jóvenes reconocieron la importancia de prevenir los riesgos. La abstinencia, como medida preventiva, no fue reconocida como una opción factible. Cuando los/as jóvenes se refirieron a la abstinencia se miraron de forma maliciosa y se mofaron entre sí. Esta alternativa implica el sacrificio del placer, al abandonar las relaciones sexuales. Ellos/as percibieron las relaciones sexuales como algo esencial en la vida, el hecho de limitarlas representaría pérdida de libertad y control sobre su cuerpo. Aunque dan importancia a la prevención de ITS y del embarazo, expresaron la necesidad de vivir la sexualidad libremente y con responsabilidad, aún en los casos en que puedan exponerse y contraer una ITS. Con referencia a este aspecto, una estudiante expresó: *“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. Razón por la cual, creen saber cuándo tienen una infección, basados en los conocimientos adquiridos de los comentarios de familiares sobre los signos y los síntomas de las enfermedades venéreas que hacen parte del acervo del saber popular. Este argumento respaldó el hecho de acudir al profesional en salud sólo cuando se presentan alteraciones observables por ellos mismos.

Según la percepción de los/las jóvenes *lo que no se ve, no existe* y por tanto no hay que preocuparse por ello, ni por el riesgo de transmitirlo. Por su parte, los/las estudiantes del área de la salud restaron importancia al PVH por ser una infección comúnmente auto-limitada. Sin embargo, manifestaron su preocupación en caso de que presentaran “cambios estéticos” en su cuerpo. El grado de afectación se vio influenciado por la frecuencia de la enfermedad, a mayor frecuencia, mayor preocupación. Para ellos/as, el PVH no representa un riesgo importante para la salud, pero sí afecta el ideal que se tiene de la estética corporal: *“Sí nos infectamos con PVH, estéticamente si nos veríamos afectados. Pues a mí me parece el condiloma acuminado estéticamente feo, entonces yo digo que si me afectaría.” (GD8H6MED23).*

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

Al hablar sobre prevención, resaltaron las historias, en las que los factores comunes fueron la disposición de la mujer para asumir las medidas preventivas, la indiferencia del hombre hacia el tema y la abnegación- renuncia de las mujeres a la prevención para complacer la voluntad de ellos. Por consiguiente, comprender cuál es la construcción sociocultural referente al género y la sexualidad, es clave para la prevención en salud.

ITS y PVH, asunto de mujeres. Los hombres jóvenes asociaron las ITS y el PVH con el hecho de ser mujeres, creen que son ellas quienes padecen comúnmente estas infecciones; creencia que reafirman en la existencia de la vacuna contra el PVH que solo aplican a las mujeres; por consiguiente, son ellas la fuente del virus. Los hombres piensan que el PVH no los afecta, por tanto no se interesan en el tema y piensan que sólo las mujeres deben buscar ayuda en los programas de salud sexual: *“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 en 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 relación es la causante del impacto psicológico que representa para las mujeres recibir un diagnóstico de PVH. Entre las reacciones emocionales se encuentran la culpa, el señalamiento y la angustia por la posible infidelidad de la pareja. *“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, los beneficios y sugirieron utilizarlo. Sin embargo, declaran que el condón pierde justificación de uso cuando se alcanza la confianza en la pareja.

Aunque exista confianza, fue notable en los/as jóvenes lo difícil que resulta para ellos comunicar a la pareja el padecimiento de una afección sexual. Esta situación, los pondría en la encrucijada entre disfrutar las relaciones sexuales o limitar la vida sexual: *“Sí 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 vieron en la confianza la oportunidad de lograr acuerdos de pareja con miras a controlar el riesgo, sin embargo reconocieron que existe dificultad para la negociación. En el siguiente testimonio, la prevención está basada en la práctica de exámenes para verificar la ausencia de ITS; la responsabilidad en esta pareja fue asumida por la mujer y nuevamente evidencia que el género es crucial en temas de salud sexual: *“Yo me cansaba de decirle, vea hágase los exámenes, hágaselos. 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).*

Percepción de los hombres ante el tema de las ITS. Hablar de ITS se considera cosa de mujeres, es algo incómodo para los hombres, prefieren no saber del tema y preocuparse simplemente por evitar que su pareja quede embarazada. *“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 afectividad que ofrece la universidad a los estudiantes, en los hombres se develó cierta aversión por este tipo de servicios porque creen

que ya saben todo y sólo buscarían ayuda profesional ante la observación de alteraciones físicas, de lo contrario no lo consideran necesario. También, entre ellos hubo un temor manifiesto de llegar a ser objeto de burlas por parte de sus pares ya que consideran que asistir a este tipo de eventos es algo “gay” o de mujeres: “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), “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).

3.3. 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, lo cual se vio reflejado en 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 finalmente, la muerte. Los estudiantes de medicina adicionaron que algunos tipos de cánceres no cursaban con formación de masas.

Por el énfasis medicalizado que tiene la palabra cáncer, los/as jóvenes la asociaron con quimioterapia, dolor, corte o pérdida del órgano afectado y manifestaron desconocer lo que puedan sentir y pensar las personas con cáncer.

Tener cáncer representaría para ellos, 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: “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).

Y finalmente, la persona experimenta la muerte corporal, tornando su vida en lo espiritual para alcanzar la salvación y el perdón de los errores terrenales; o de forma alternativa, reconstruyendo su armonía con la naturaleza: *“Yo optaría 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.

Para los/as estudiantes de medicina fue claro el concepto de cáncer de cuello uterino y la relación con algunos genotipos del PVH, además indicaron que existen 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 el VIH, principalmente en lo referente a 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: *“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 sí 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: *“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, independiente 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. Así mismo, consideran que factores como la música y la falta de comunicación al interior de las familias, posibilitan las relaciones sexuales: *“A mí me gusta el reggaetón, 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.” (GD4MIZOO19).*

3.4. Cánceres desconocidos. “Como no es alta la prevalencia, pues no es muy conocido”

En general, los/as jóvenes no asociaron los cánceres de ano, orofaringe y pene con el PVH. Para su prevención, unos consideraron que el deporte y la buena alimentación son una buena opción, mientras que otros aceptaron que frente al desconocimiento de estos cánceres no habían pensado en la forma de prevenirlos. En uno de los grupos de discusión, los/as jóvenes 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 ano: posiblemente por la penetración anal. Algunos de los/as jóvenes relacionaron, de forma dudosa, el cáncer anal con las prácticas sexuales, sin conexión con la infección por PVH. Los hombres estudiantes de medicina y algunos de otras áreas consideraron que los homosexuales son los afectados. “*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 pueden 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. Tanto los/as jóvenes, independiente del área de estudio, se mostraron dudosos con la relación cáncer orofaríngeo y prácticas sexuales: “*¿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 éste 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.

Los/as estudiantes 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 ésta: *“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).

4. Discusión

Uribe y colaboradores reportaron que los hombres consideran las relaciones sexuales como una forma de reafirmar su virilidad y de ser aceptados por el grupo (26). En este estudio se encontró que tanto para hombres y mujeres, las relaciones sexuales son muestra de madurez y asunto importante en su grupo social.

Aprendizaje a partir de la experiencia. En la comparación de los discursos de los estudiantes por área de conocimiento, no se encontró diferencia entre aquellos del área de la salud y las demás áreas, excepto en los discursos sobre la etiología del cáncer y la relación entre infección por PVH y el cáncer cuello uterino, temas que son abordados con mayor complejidad por los estudiantes de la salud; la posible razón de esta similitud, podría ser que gran parte de los conocimientos fueron adquiridos por los/as jóvenes, a partir de la experiencia indirecta de sus allegados y de la información en los medios de comunicación.

El aprendizaje arraigado de los conocimientos y 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, ellos(as), independiente del área de conocimiento, hicieron alusión a la observación de signos y síntomas,

lo que denota confusión entre los conceptos infección/enfermedad. Hallazgo similar fue reportado por Wiesner y colaboradores, al reportar que médicos generales y ginecólogos confundían ambos términos cuando daban explicaciones a sus pacientes sobre el PVH (27).

En esta investigación, así como en la realizada 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 (28).

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 (26). Según Ríos y Palacios, la familia se considera un espacio que genera desconfianza, miedos y silencios por la forma cómo se trata el tema en el mundo de los adultos que encasilla la sexualidad en un sitio de prohibiciones, pudor y una valoración negativa (29).

La falta de una fuente válida para aclarar las dudas, conlleva a conductas sexuales riesgosas que por lo general se orientan básicamente por la tradición. El paso generacional de información que afectada por la intuición y la sociedad, seduce a los/as jóvenes a iniciar vida sexual prematura. Obligan a los adolescentes que aún no tiene la información necesaria para la toma de decisiones a valerse únicamente de la confianza que inspira su pareja para disminuir el riesgo de enfermedad.

Para ellos/ellas, la confianza representa protección contra las infecciones: Para los/as estudiantes la confianza es la forma de prevención que más practican, estrategia que también fue reportada en la investigación realizada por Tamayo y colaboradores (15). En ambos estudios, los participantes mostraron 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 y colaboradores, el uso del condón depende del tipo de relación de pareja en que se encuentren, sí la relación es de noviazgo, los/as estudiantes consideran que ya no es necesario utilizarlo (26). Sin embargo, esta decisión no es ajena a la condición de género, tal y como lo corroboran las investigaciones realizadas por Marques y colaboradores y Arraes y colaboradores; estudios en los cuales, el uso del condón fue decisión del hombre y se consideró necesario en los encuentros sexuales con personas desconocidas (30, 31). Según estos autores, para los hombres jóvenes, la persona desconocida representa un riesgo y la culpa, en caso tal de un contagio, recae sobre la mujer por considerarla la fuente de transmisión de infecciones, percepción que también se encontró en esta investigación (30, 31).

Para Fenell, el abandono del uso 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 (32), concordante con lo descrito por los/as jóvenes de este estudio. Con base en estos hallazgos, 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.

La palabra 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? Al indagar entre los discursos de los/as jóvenes de este estudio se encontró que hablaron de confianza en el contexto de creer conocer a la persona, considerar estar en una relación estable y la existencia de garantías por tener un acuerdo matrimonial.

Aunque exista esa 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 y colaboradores, en mujeres de Bogotá, Colombia, quienes consideraron que esta dificultad en el diálogo radica en que la sexualidad es un tema tabú y en el temor a la ruptura de la relación (27).

Diferentes prioridades entre hombres y mujeres es lo que dificulta la negociación. Los hombres centraron su interés sexual en el cuerpo meramente orgánico, por lo que sus argumentos se basaron principalmente en aspectos físicos; contrario a las mujeres que manifestaron su interés en un cuerpo cargado de emociones. Lo que coincide con Uribe y colaboradores, 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 hombres estuvieron centrados en la necesidad biológica, el placer y sentir a partir de la experiencia directa (26).

El estudio de Muñoz, también encontró 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, fuerza, en búsqueda del reconocimiento y la aceptación social (28). Pese a su orientación al otro, adoptan más una perspectiva individual, piensan en salud como el sentirse bien, el bienestar propio. En contraste, según Vergara, es evidente en las mujeres 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 (33).

Es notorio que las prioridades entre los hombres y las mujeres son diferentes, así como su forma de pensar y actuar. Desde la mirada del hombre, es más importante evitar un embarazo que las infecciones. Situación similar la reportaron las investigaciones de Steern y de Sanjaume, quienes afirmaron que la prevención del embarazo fue lo que motivó conductas protectoras en las relaciones sexuales (34, 35).

En esta investigación fue notable la actitud evasiva del hombre para buscar consejería profesional en los programas de salud sexual, por considerarla una acción femenina y por el miedo a ser etiquetado “gay”. Según los escritos de Muñoz y de Hernández y colaboradores, 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 se consideran la enfermedad, la vejez dependiente y la búsqueda de apoyo manifestaciones de debilidad relacionadas con lo femenino (28,36).

La perpetuación de los principios patriarcales en Colombia, 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) que para conquistar el estatus viril, el niño debe pasar por una serie de rituales en los que se va configurando un carácter masculino en la medida en que son borrados todos aquellos restos de feminidad (37).

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 el hombre y asegurar, mediante su negación, el rol aceptado por la sociedad como correcto (37).

El comportamiento sexual esperado para hombres y mujeres se relaciona estrechamente con los sistemas de género que desafortunadamente, en esta época se sigue 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 los hombres para cuidar su relación de pareja (38).

A pesar de los avances en la ciencia, la economía, la política y lo social, muchos de los problemas, entre ellos los inherentes a la sexualidad, que agobian a las mujeres de este siglo, fueron los mismos que agobiaron a las mujeres del siglo XIX; la clave para que las mujeres salgan de su esclavitud, consiste en romper con la educación que forma a las mujeres para estar al servicio y bajo la tutela de los hombres y, más bien orientar su educación en dar importancia a su rol dentro de la sociedad (39) y fortalecer su capacidad de negociación con la pareja, que cada vez fortalezca 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 (39).

La consecuencia de la ausencia de negociación por lo general es el sometimiento, el sacrificio; que está avalado por la fe de la mayoría de las religiones. Según Sigmond 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 (40).

Relación del cáncer de cuello uterino, ano, orofaringe y pene con el virus del 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 campañas que se han adelantado, una vez acogida la vacunación contra el PVH en el programa ampliado de inmunizaciones, lo cual permitió posiblemente, 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 (15,16, 27, 41).

En ningún momento, los/as jóvenes develaron la influencia del PVH en los cánceres del canal anal, pene y orofaringe, más bien atribuyeron otras causas. Coincidiendo con los hallazgos de Carstens, la explicación podría basarse en el hecho de pensar que son las mujeres quienes se

enferman y los hombres sólo portan el virus; por consiguiente, no se imaginan que otros cánceres diferentes al de cuello uterino puedan ser consecuencia del PVH (16).

La frecuencia de ocurrencia del tipo de cáncer determina que éste sea o no conocido por las personas (14), lo que apoya el hecho de que las vivencias y la observación generan conocimiento 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 del área de la salud, quienes piensan que las acciones se realizan según las frecuencias 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 incluyen a todo el país.

El cáncer de pene y el cáncer de cuello uterino afectarían sus vidas. Para los hombres sufrir de cáncer de pene significa perder su virilidad, el dejar de ser hombres. Un estudio realizado por Khan y colaboradores, evidenció que el pene es considerado por los hombres como núcleo de masculinidad. Representa poder por su papel en la penetración, considerada necesaria para ganar a las mujeres (42).

Con un 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 perderlo, es asociada con la adopción de una imagen corporal femenina (43). La castración entonces, implicaría perder la omnipotencia y pondría en peligro la imagen narcisista masculina (44). Según Moreno, 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 a su ausencia, categorizada como algo femenino (37).

Por parte de las mujeres, el PVH es causa de crisis y señalamientos, posiblemente por su asociación con la promiscuidad, infidelidad y con el cáncer (asociado con muerte). De forma similar, Castro y Arellano observaron impacto negativo en la vida sexual de las mujeres, causado por la desconfianza en sus parejas (45). Otros autores han reportado sentimientos de angustia, estigma y temor (46, 47). Según Weisner y colaboradores, tener una ITS, que además se asocia a cáncer, puede desencadenar temor hacia las relaciones sexuales, considerando el riesgo del cáncer o de ser reinfectada (27).

El cáncer de cuello uterino y de pene, ocasionaron reacciones similares en mujeres y hombres respectivamente. En la mujer el temor de que su placer se acaba junto con el riesgo de perder a su pareja y en el hombre, que percibe el fin de 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 sólo es posible con la penetración y que la mujer no puede vivirlo sin la presencia de un hombre.

5. Limitaciones del estudio:

Cuando se realizó la invitación para participar en los grupos de discusión, por motivos éticos se informó el tema a discutir, lo cual pudo influir en la baja respuesta por parte de los hombres, que posiblemente obedece a los patrones culturales que catalogan a las actividades educativas y preventivas de salud sexual como de mujeres. Por la baja participación masculina, las investigadoras consideraron apropiado incluir tres grupos con sólo dos participantes, cinco de ellos hombres, quienes estuvieron dispuestos a dar sus discursos. De igual modo, fue una

limitante del estudio el no haber podido realizar grupos de discusión únicamente con hombres y con mayor número de participantes, que permitieran la expresión del discurso sin la presión y condicionamiento que pudo generar la presencia de las mujeres.

En este estudio no se abordaron las percepciones de los jóvenes universitarios sobre el cáncer y el PVH, 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.

6. Conclusiones y recomendaciones

Los jóvenes relacionaron el cáncer de cuello uterino con el PVH, contrario al cáncer de ano, orofaringe y pene, sobre los cuales hubo desconocimiento. El hecho de considerar que el PVH afecta sólo a las mujeres, no les permitió imaginarse que otro tipo de cáncer, diferente al de cuello uterino, estuviera relacionado con la infección por este virus.

Como producto de este estudio, se identificaron algunas percepciones que deberían intervenirse: La influencia negativa de la religión sobre la visión del placer y la sexualidad, el considerar que el cuidado en salud sexual es asunto de mujeres o de “gays”, el creer que todas las infecciones generan síntomas y signos, y que cuando hay confianza en la pareja, no se necesita el condón, pensar que la infección por el PVH es inherente a las relaciones sexuales, que el PVH significa cáncer y finalmente, la creencia que “todos tenemos cáncer a unos se les desarrolla y a otros no”.

Los roles de género se identificaron como factor clave en el momento de asumir o no conductas preventivas. Es posible que las estrategias preventivas diferenciales por género, sólo logren

profundizar las desigualdades construidas culturalmente. Por tanto, las estrategias preventivas deberán estar enfocadas a la compleja tarea de de-construir y re-construir los roles de género.

Para abordar la sexualidad en los programas de salud es necesario cualificar a los profesionales y técnicos, más allá de los abordajes biológicos y medicalizados que den respuestas a la complejidad misma de la sexualidad en lo social, cultural y político, incluida la perspectiva de género, sobre la cual se requieren investigaciones adicionales que den profundidad al tema. De igual forma, el personal deberá despojarse de creencias y tabúes, flexibilizar su mente para contextualizar conceptos y teorías de acuerdo a la realidad de los jóvenes; solo así se se logrará dar respuestas más adecuadas a sus inquietudes y necesidades.

Los hallazgos de esta investigación son importantes para la salud pública porque evidencian el desconocimiento de la relación existente entre la infección por PVH y otros cánceres diferentes al de cuello uterino, lo cual si no se corrige, expone un impedimento de base para su prevención. Aportan a la salud pública conocimiento sobre aspectos poco o nada abordados en las actividades de promoción de la salud, como el autoerotismo en mujeres, la negociación al interior de la pareja, entre otros, que afectan la intención potencial de prevención. Finalmente, hace dos llamados, el primero que invita al sector salud para dar respuestas reales y contextualizadas a los jóvenes, explicaciones que trasciendan lo biológico y aborden lo socio-cultural. El segundo llamado, propone incluir estos aspectos dentro de las estrategias preventivas con el objeto de disminuir la ocurrencia de ITSs en población joven, así como reducir la morbilidad y mortalidad por cánceres asociados al PVH.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Zaldívar L, de Larrea G, Molina MF, Sosa CF, Ávila J, Lloret Rivas M, et ál. Cáncer cérvicouterino y virus del papiloma humano. Rev chil obstet ginecol [Internet] 2012 [citado abril 25 de 2014]; 77(4): 315-321. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262012000400014
2. Sanabria J. Virus del Papiloma Humano. Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río [Internet] 2009 [Citado octubre 20 de 2012]; 13 (4): 168-187. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942009000400019&lang=pt
3. Reina JC, Muñoz N, Sánchez G. El estado del arte en las infecciones producidas por el virus del Papiloma Humano. Colombia médica [Internet] 2008 [Citado octubre 20 de 2012]; 39(002): 189-195. Disponible en: <http://colombiamedica.univalle.edu.co/index.php/comedica/article/view/576/923>
4. Medina ML, Medina MG, Merino LA. Consideraciones actuales sobre la presencia de Papilomavirus Humano en la cavidad oral. Avances en Odontoestomatología [Internet] 2010 [Citado octubre 20 de 2012]; 26 (2): 71-80 Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852010000200002&lang=pt
5. 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 [Citado octubre 20 de 2012]; 53 (2): 93-97. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/ginecologia/vol53_n2/pdf/A05V53N2.pdf
6. Centros para el control y la prevención de enfermedades. Cánceres asociados al PVH. Gobierno U.S.A. [Internet] Atlanta [Citado abril 11 de 2014] Disponible en: <http://www.cdc.gov/spanish/cancer/PVH/statistics>
7. Ramírez G y Bermúdez A J. Carcinoma de pene. Urología Colombiana [Internet] 2004 Agosto [Citado octubre 20 de 2012]; XIII: 47-50. Disponible en: <http://www.urologiacolombiana.com/revistas/agosto-2004/006.pdf>
8. Zandberg D P, Bhargava R., Badin S. y Cullen K. J. The role of human papillomavirus in nongenital cancers. CA: A Cancer Journal for Clinicians [Internet] 2013 [Citado abril 9 de 2013]; 63: 57–81. Disponible en: <http://aplicacionesbiblioteca.udea.edu.co:2119/doi/10.3322/caac.21167/pdf>
9. 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 [Internet] 2013 [Citado abril 9 de 2013]; 40(1) : 3–10. Disponible en: <http://aplicacionesbiblioteca.udea.edu.co:2539/sp-3.8.1a/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=fulltext&D=ovft&AN=00007435-201301000-00002&NEWS=N&CSC=Y&CHANNEL=PubMed>

10. Profamilia. Encuesta nacional de demografía y salud (ENDS). Colombia [Internet] 2010 [Citado mayo 26 de 2014]. Disponible en: <http://www.profamilia.org.co/encuestas/Profamilia/Profamilia/images/stories/PDF-capitulos/Capitulo-15.pdf>
11. Noreña C, Tamayo LS. Cáncer de cuello uterino: análisis de la calidad de un programa. Aquichan [Internet] 2010 mayo [Citado mayo 26 de 2014]; 10(1): 52-58. Disponible en: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/1606/2124>.
12. Vargas Melgarejo L. Sobre el concepto de percepción. Alteridades [Internet] 1994 [Citado mayo 02 de 2014]; 1 (8): 47-53. Disponible en: <http://148.206.53.230/revistasuam/alteridades/include/getdoc.php?id=75&article=76&mode=pdf>
13. García del Castillo J. Concepto de percepción del riesgo y su repercusión en las adicciones. Salud y drogas [Internet] 2012 [Citado mayo 02 de 2014]; 12 (2): 133-151. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/839/83924965001.pdf>
14. Mosavel M y El-Shaarawi N. "I have never heard that one": Young girls' knowledge and perception of cervical cancer. Journal of Health Communication [Internet] 2007 [Citado noviembre 2 de 2012]; 12: 707-719. Disponible en: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&hid=17&sid=666bbf32-ef8f-41ee-9c14-0f4183992560%40sessionmgr11>
15. Tamayo L, Chávez M. y 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 [Internet] 2010 Época II [Citado octubre 20 de 2012]; XVI (32): 41-61. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=31615577003>
16. Carstens, C. Conocimiento y conductas asociadas a VPH: Un estudio descriptivo de Chile y España. Universidad de Salamanca [Tesis Máster en internet] 2012 [Citado octubre 22 de 2013]. Disponible en: http://gredos.usal.es/jspui/bitstream/10366/120780/1/TFM_CarstensC_Papiloma.pdf
17. Chávez MG, Tamayo L S, Rocha M A. Pensar a la Comunicación como categoría teórica y conceptual útil para estudiar el servicio de salud pública en México. En: Chávez MG y Tamayo LS. Juventud, salud sexual y comunicación. México D.F: Editorial praxis; 2009. p 145-172.
18. Guber R. La Etnografía. Método, campo y reflexividad. Buenos Aires (Argentina): Siglo veintiuno editores; 2011. 160p.
19. Galeano ME. Estrategias de investigación social cualitativa. El giro en la mirada. Medellín (Colombia): La carreta editores; 2012. 239p.
20. Ibañez J. Más allá de la sociología: El grupo de discusión. Técnica y crítica. Madrid (España): Siglo veintiuno editores; 2003. 428p.
21. Alonso LE. El grupo de discusión en su práctica: Memoria social, intertextualidad y acción comunicativa. Revista Internacional de Sociología. Enero-abril, 1996; (13): 5-36.

22. Criado EM. El grupo de discusión como situación social. *Revista Española de investigaciones sociológicas*. Julio- septiembre, 1997; (79): 81-112.
23. Chávez MG. De cuerpo entero... todo por hablar de música. Reflexión técnica y metodológica del grupo de discusión. México: Universidad de Colima; 2004. p.314.
24. Galindo CJ. Ideología y comunicación. El Estado, la hegemonía y la difusión masiva. México: Premia; 1992.
25. Ministerio de salud. Resolución número 8430 de 1993. Gobierno de Colombia. [Internet] Bogotá [Citado septiembre 25 de 2014] Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/Normatividad/RESOLUCION%208430%20DE%201993.pdf>
26. Uribe I J, Corruvias K y Andrade P. La cultura sexual de los adolescentes colimenses. Aspectos característicos de la cultura local. *Estudios sobre culturas contemporáneas* [Internet] 2008 Diciembre [Citado marzo 28 de 2014]; XIV (28): 61-95. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/316/31602804.pdf>
27. 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* [Internet] 2009 [Citado marzo 28 de 2014]; 13(3): 145-156. Disponible en: [http://www.cancer.gov.co/documentos/RevistaCC2009%20Vol%2013\(3\)/rcc2009v13n3a04.pdf](http://www.cancer.gov.co/documentos/RevistaCC2009%20Vol%2013(3)/rcc2009v13n3a04.pdf)
28. Muñoz NE. Representaciones sociales del cuidado de sí en salud en adultos jóvenes universitarios. Universidad de Antioquia [Tesis Magíster en internet] 2006 [Citado mayo 02 de 2014]. Disponible en: <http://tesis.udea.edu.co/dspace/bitstream/10495/166/1/RepresentacionesCuidadoAdultosJovenes.pdf.pdf>
29. Ríos P y Palacios Y. Sexualidad: una mirada desde las mujeres jóvenes (El caso del equipo femenino de baloncesto del Municipio de Itagüí) [Tesis CD-ROM] Colombia: Universidad de Antioquia; 2012.
30. Marques J, Gomes R, Ferreira do Nascimento E. Masculinidade hegemônica, vulnerabilidade e prevenção ao HIV/AIDS. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet] 2012 [Citado marzo 31 de 2014]; 17(2): 511-520, Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n2/a24v17n2.pdf>
31. 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 [Citado marzo 31 de 2014]; 21(6): 1266-73. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n6/es_0104-1169-rlae-0104-1169-3059-2363.pdf
32. Fenell J. "And Isn't that the point?": Pleasure and contraceptive decisions. *Contraception* [Internet] 2014 [Citado marzo 28 de 2014]; 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

33. Vergara MC. Representaciones sociales sobre salud, de algunos grupos de jóvenes de Manizales, Colombia. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud* [Internet] 2009 enero-junio [Citado marzo 31 de 2014]; 7(1): 105-133. Disponible en: <http://revistaumanizales.cinde.org.co/index.php/Revista-Latinoamericana/article/view/220/105>

34. 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 [Citado octubre 3 de 2013]; 45 (suppl: s34-s43). Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v45s1/15444.pdf>

35. 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 [Citado mayo 18 de 2013]; 42(3): pp. 143-148. Disponible en: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=13147385&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=27&ty=50&accion=L&origen=zonadelectura&web=zl.elsevier.es&lan=es&fichero=27v42n03a13147385pdf001.pdf

36. 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.

37. Moreno F R. “La producción de masculinidad: entre la dominación y el rechazo de lo femenino”. *Boletín de Antropología Universidad de Antioquia* 2008; 22(39): 11-32.

38. Carmona M. ¿Negocian las parejas su sexualidad? Significados asociados a la sexualidad y prácticas de negociación sexual. *Estudios Feministas* [Internet] 2011 septiembre-diciembre [Citado marzo 28 de 2014]; 19(3): 801-821. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-026X2011000300008&script=sci_arttext

39. Gallo H, Jaramillo A, López R, Ramírez M. *Feminidades. Sacrificio y negociación en el tiempo de los derechos*. Medellín (Colombia): Universidad de Antioquia; 2010. 184p.

40. Basualdo C. El sacrificio Freudiano. Desde el jardín de Freud. *Enero- diciembre*. 2010; (10): 195-202.

41. Chávez G, Arellano A, Tamayo L, Levy J. Representación social sobre el cáncer Cérvico uterino por mujeres jóvenes de 18 a 29 años de edad de Colima, México, a través de la aplicación de las redes semánticas naturales como estrategia metodológica. [Internet] 2012 [Citado mayo 16 de 2013]; Disponible en: www.oei.es/congresoctg/memoria/pdf/ChavezMendez.pdf

42. 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 [Citado noviembre 07 de 2013]; 23(1): 37-49. Disponible en:
<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=5&sid=7a54bba6-c930-4d2c-8ac0-7ed3c8cf0339%40sessionmgr12&hid=1>

43. Freud S. La Cabeza de Medusa. En: Obras completas XVIII. Buenos Aires: Amorronti; 1982 p. 270-271.

44. Couso O. Dos legados Freudianos. Desde el Jardín de Freud. Enero-Diciembre. 2010; (10): 123-134.

45. Castro MC y Arellano MC. Acceso a la información de mujeres con VPH, displasia y cáncer cervical in situ. Salud Publica Mex [Internet] 2010 mayo-junio [Citado marzo 28 de 2014]; 52(3): 207-212. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0036-36342010000300004&script=sci_arttext

46. Mortensen G, Adeler A. Qualitative Study Of Women's Anxiety and Information Needs After a Diagnosis Of Cervical Dysplasia. J Public Health [Internet] 2010 [Citado mayo 18 de 2013]; 18(5): 473-482. Disponible en: <http://aplicacionesbiblioteca.udea.edu.co:2084/pmc/articles/PMC2967227/>

47. Waller J, Marlow L, Wardle J. The Association between knowledge of HPV and feelings of stigma, shame and anxiety. Sex Transm Infect [Internet] 2007 [Citado mayo 18 de 2013]; 83(2): 155-159. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2598611/>

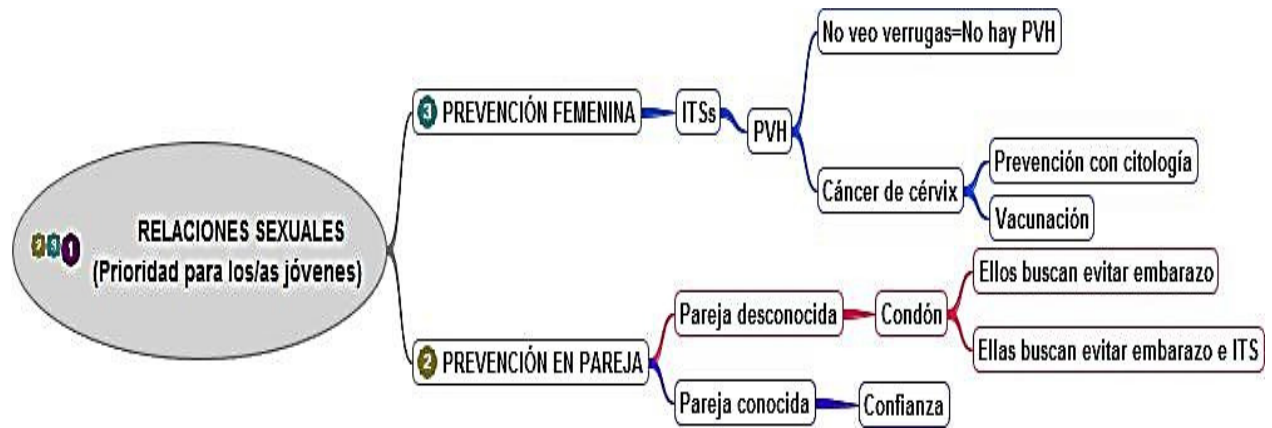
8. TABLAS Y GRÁFICOS

TABLA 1: CATEGORÍAS Y DETONANTES PARA LOS GRUPOS DE DISCUSIÓN			
	PERCEPCIONES SOBRE EL CÁNCER	PERCEPCIONES SOBRE EL PVH	PERCEPCIONES SOBRE ITS
V A M O S A H A B L A R D E	Lo que saben sobre el cáncer de cuello uterino - cáncer de pene -cáncer del ano y cáncer de orofaringe.	Lo que saben sobre el Papilomavirus o PVH.	Lo que conocen sobre las infecciones de transmisión sexual, también llamada enfermedades venéreas.
	Lo que representa para ustedes tener uno de 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 éstos 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 a un contagio de una ITS.
	Características y comportamientos de las personas que padecen uno de éstos 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 conocen para curar el PVH. La vacuna contra el PVH	Las prácticas que conocen 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 la cuales se han informado y aprendido sobre las ITS
	La información que da el programa de salud sexual y la afectividad de la Universidad, sobre éstos cánceres.	El papel que cumple el PVH en el desarrollo o no del cáncer.	

TABLA 2: COMPOSICIÓN GRUPOS DE DISCUSIÓN.							
GRUPO	FECHA	SEXO	ÁREA	SEMESTRE	ESTRATO ECONÓMICO	ESTADO CIVIL	RELIGIÓN
GD1	Marzo 01 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 2013	1 Hombre, 1 mujer	Sociales, Salud	6 y 7	2 y 3	Solteros	1 Católico 1 otra
GD3	Abril 05 de 2013	2Hombres	Economía, Ingenierías	1 y 9	2 y 3	Solteros	Católicos
GD4	Mayo 23 2013	1 Hombre, 6 mujeres	Agrarias	2 y 4	2 y 3	6 Solteros 1 casada	2 Católicos, 5 no practicantes
GD5	Junio 20 2013	2Hombres	Economía, Ingenierías	3 y 6	2	Solteros	1 Católico 1 otra
GD6	Septiembre 26 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	3Hombres 2 mujeres	Educación, Ingenierías, Salud	1, 3, 4 y 5	2 y 3	Solteros	4 Católicos 1 Otra
GD8	Abril 02 de 2014	3Hombres 5 mujeres	Salud	8, 9 y 11	3 y 4	Solteros	5 Católicos 3 no practicantes

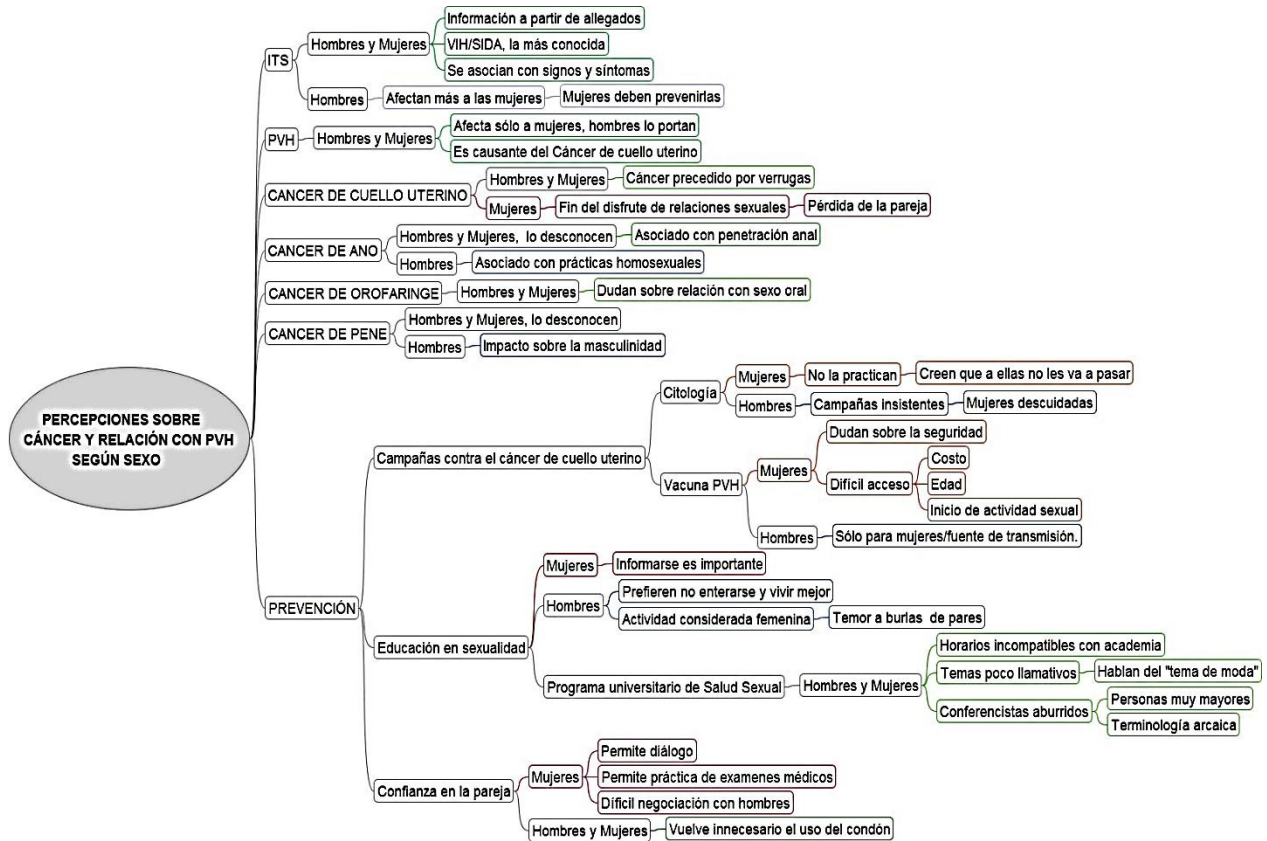
Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 1. Esquema de interpretación. Percepciones generales sobre el cáncer y la relación con el PVH en jóvenes de la Universidad de Antioquia, Medellín, 2014.



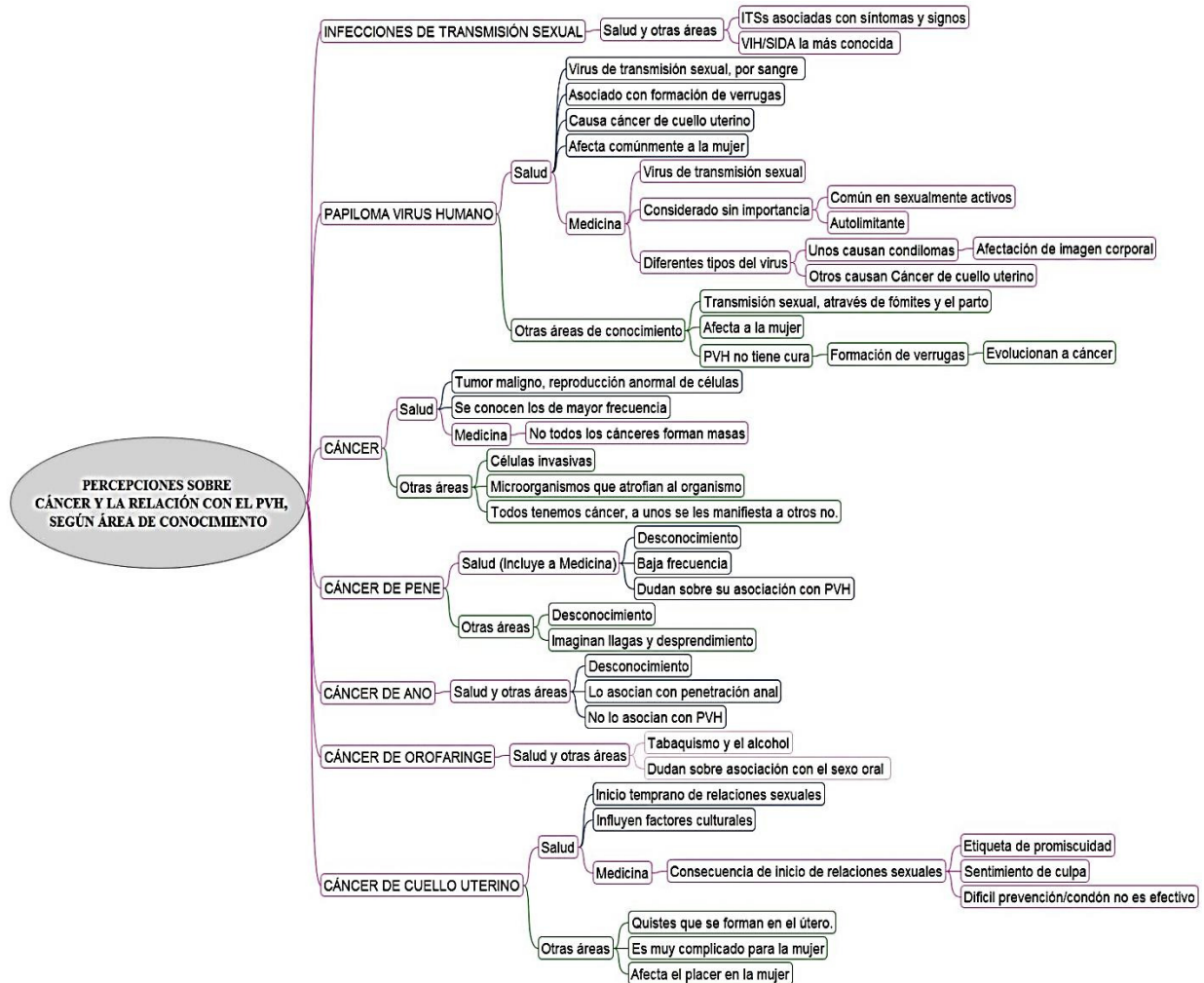
Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 2. Esquema de interpretación Percepciones sobre el cáncer y la relación con el PVH, según sexo, en jóvenes de la Universidad de Antioquia, Medellín, 2014.



Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 3. Esquema de interpretación Percepciones sobre el cáncer y la relación con el PVH, según área de conocimiento, en jóvenes de la Universidad de Antioquia, Medellín, 2014.



Fuente: Elaboración propia.