



Experiencias de la sexualidad en pacientes adultos con diagnóstico de leucemia sometidos a quimioterapia

Carolina PINEDA GUTIÉRREZ,¹ Dora Isabel GIRALDO MONTOYA,¹ Hernando RESTREPO PAYÁN²

Resumen Abstract

Objetivo principal: describir las experiencias de la sexualidad en adultos con diagnóstico de leucemia sometidos a quimioterapia. **Metodología:** estudio exploratorio cualitativo de tendencia fenomenológica, ocho participantes y dos entrevistas a profundidad por cada uno. El análisis hizo un acopio de toda la información y un rastreo de temas, se intentó captar la esencia, emergieron temas y se profundizó en el significado de la experiencia. Fue aprobado por el Comité de Ética. **Resultados principales:** se develaron tres temas analíticos: (1) las relaciones se fortalecen, (2) con la enfermedad, el deseo sexual está inhibido y (3) hay necesidades de información sobre sexualidad. **Conclusión principal:** la sexualidad se expresa en las relaciones interpersonales y la interacción con la familia. El deseo sexual está inhibido porque hay otras prioridades. Es necesario informar sobre la sexualidad por parte del personal de salud.

Palabras clave: Leucemia. Tratamiento farmacológico. Sexualidad. Enfermería.

EXPERIENCES OF SEXUALITY ON ADULT PATIENTS DIAGNOSED WITH LEUKEMIA SUBMITTED TO CHEMOTHERAPY

Main objective: To describe sexuality experiences, in adults diagnosed with leukemia, undergoing chemotherapy. **Methodology:** Qualitative, exploratory study of phenomenological trend. A total of eight participants. Two in-depth interviews were conducted for each one. The analysis was collected of all information and tracked topics. The essence was captured and some sub-topics were established. The meaning of the experience of sexuality was deepened. It was approved by the Ethics Committee. **Main results:** Three analytical topics were unveiled: (1) Relations are strengthened, (2) With the disease sexual desire is inhibited and (3) Information needs about sexuality. **Main conclusion:** Sexuality is expressed in relationships and interaction with family. Sexual desire is inhibited because sex is outside its priorities. It is necessary complete and clear information about sexuality by the health personnel.

Keywords: Leukaemia. Drug therapy. Sexuality. Nursing care.

¹Facultad de Enfermería. Universidad Pontificia Bolivariana. Medellín. Colombia. ²Facultad de Medicina. Universidad Pontificia Bolivariana. Medellín. Colombia

CORRESPONDENCIA: Carolina Pineda Gutiérrez carolinap5618@hotmail.com

Manuscrito recibido el 11.09.2019
Manuscrito aceptado el 21.11.2020

Index Enferm 2020; 29(1-2):18-22
e1590

Introducción

Las leucemias son un grupo heterogéneo de enfermedades caracterizado por infiltración de la médula ósea, sangre y otros tejidos por parte de células neoplásicas del sistema hematopoyético que, de acuerdo con su evolución, se clasifican como agudas y crónicas y, según su linaje celular afectado, son linfoides o mieloides.¹ En Colombia, se espera que cada año haya cerca de 1.338 nuevos casos de leucemia en hombres y 1.290 casos en mujeres.² El tratamiento para las personas con leucemia requiere hospitalización debido a la vigilancia hematológica diaria y a la aplasia que generan los medicamentos. La toxicidad de los fármacos antineoplásicos se presenta dependiendo del tipo de medicamento, el esquema de quimioterapia administrado, la dosis empleada, la vía de administración, la eliminación del fármaco y, a su vez, el sinergismo entre estos componentes.³

Uno de los efectos del tratamiento son las alteraciones en la función sexual. Los síntomas como fatiga, dolor y restricción de movimiento alteran dicho funcionamiento.⁴ Además, la anemia y la anorexia pueden provocar debilidad y dificultar también la actividad sexual.⁵ Adicionalmente, los tratamientos utilizados (medicamentos, radioterapia e intervenciones quirúrgicas) pueden producir efectos similares y hasta limitar considerablemente las relaciones sexuales. Los factores de orden psicológico como las creencias, el impacto emocional de la enfermedad, las motivaciones y los afrontamientos tienen gran importancia en la aparición de dificultades de orden sexual.^{5,6}

Según López y González, existen cuatro vías principales en las que el cáncer o sus tratamientos pueden afectar la sexualidad: (1) los problemas físicos para dar y recibir placer sexual, (2) la alteración de la imagen corporal, (3) la aparición de sentimientos como miedo, tristeza y angustia y (4) la modificación de roles y relaciones. Si se presenta un problema de estos, puede haber un impacto sobre los demás.^{7,8} Muchas de tales manifestaciones tienden a ser subestimadas por el personal de la salud debido a la falta de información o conocimiento al respecto, o por temor o vergüenza para abordar un tema que resulta ser cuestionado desde el punto de vista cultural y social.⁶

Algunos estudios han indicado la importancia del apoyo a los pacientes con cáncer en cuanto a su sexualidad durante y después del tratamiento.^{9,10} Olsson et al. encontraron que las enfermeras que cuidan a pacientes con cáncer consideraban la sexualidad como un área de su responsabilidad profesional, pero que rara vez proporcionaban apoyo al respecto.¹¹ Los profesionales de enfermería podrían orientar la aplicación de varios enfoques de intervención¹² para apoyar la sexualidad durante y después del tratamiento. Según Schover et al., muchas personas con cáncer no están informadas acerca de los posibles cambios en su función sexual o fertilidad; incluso, después del tratamiento, tienen necesidades de información insatisfechas.¹³

Los profesionales de enfermería necesitan prepararse para dar soluciones, informar y aconsejar sobre los problemas sexuales de sus pacientes a través de las experiencias de vida, las cuales son únicas y diferentes. En este sentido, la investigación cualitativa es una herramienta muy valiosa porque plantea nuevos cuidados más allá de lo biológico y prioriza el cuidado con sentido humano. Desde esta perspectiva, el presente estudio busca describir las experiencias de la sexualidad de las personas adultas con diagnóstico de leucemia sometidas a quimioterapia.

Metodología

Estudio exploratorio cualitativo de tendencia fenomenológica. La población estuvo representada por los pacientes hospitalizados en hemato-oncología de una institución de salud de Medellín (Colombia) que cumplieron con los criterios de inclusión: mayores de 18 años, con diagnóstico de leucemia mieloide o linfóide y en tratamiento con quimioterapia. No hubo exclusión alguna debido a la edad, género, escolaridad o estrato socioeconómico, ya que el interés fue explorar las vivencias y esto exigió incluir a todos los pacientes con la

misma experiencia, con racionalidades y subjetividades diversas.

Se llevó a cabo un muestreo intencional. La técnica de recolección de datos fue la entrevista en profundidad, dos por informante, para un total de ocho informantes, momento en el que se considera no emerge nueva información. La entrevista se inició con una pregunta general y se buscó sin presiones, la forma de entrar en el mundo de la sexualidad, con el fin de no llegar de manera abrupta al tema. Se protegió la privacidad y confidencialidad. La entrevista fue realizada con la aprobación del Comité de Ética de Investigación en Salud y por el Comité Científico de la Institución de Salud.

Para el análisis de la información, se utilizó la fenomenología descriptiva¹⁴ y se empleó la reducción fenomenológica,^{14,15} mediante la cual, los investigadores reflexionaron sobre la necesidad de suspender los juicios alrededor del fenómeno de estudio y trataron de distanciarse de ideas preconcebidas para poder contemplar las experiencias con libertad. En la primera fase, se hizo un acopio de toda la información y un rastreo de temas que reflejaban aspectos relacionados con la sexualidad. En la segunda, se trató de obtener toda la información posible desde diferentes perspectivas y se volvió nuevamente al informante para una segunda entrevista, con el fin de comparar lo que iba emergiendo con su verdadera experiencia. En la tercera fase, se intentó captar la esencia y las estructuras comunes de la experiencia de la sexualidad y las relaciones entre ellas, y se definieron unos subtemas. Por último, se profundizó en el significado de la experiencia de la sexualidad y se mostró la esencia del fenómeno de interés. La validación de los resultados se aseguró mediante triangulación por asesores en todo el proceso de análisis, las notas de campo y la retroalimentación con los participantes del estudio con una segunda entrevista.

Resultados

En total fueron ocho participantes, de los cuales cinco eran de género masculino y tres de femenino, con rangos de edad entre los 22 y los 69 años, todos hospitalizados y con un nivel de escolaridad desde la primaria hasta el universitario (ver Tabla 1). Emergen tres temas de análisis que describen las experiencias y los significados alrededor

Tabla 1. Características demográficas de los pacientes con leucemia en tratamiento con quimioterapia

Participante	Edad	Sexo	Escolaridad	Estado civil
P1	69	Masculino	Pregrado	Casado
P2	22	Femenino	Bachiller	Soltera
P3	34	Femenino	Bachiller	Divorciada
P4	28	Masculino	Primaria incompleta	Unión libre
P5	65	Masculino	Tecnología	Unión libre
P6	22	Masculino	Primaria completa	Soltero
P7	22	Femenino	Bachiller	Soltera
P8	37	Masculino	Pregrado	Soltero

de la sexualidad.

Las relaciones se fortalecen. Las relaciones con los seres más queridos se fortalecen en la enfermedad mediante las visitas durante la hospitalización y se intensifican con las expresiones de llanto y tono de voz entrecortada cuando los pacientes reconocen que cuentan con sus seres queridos de manera incondicional. Los principales actores de la familia que participaron en este proceso fueron los hijos y los compañeros y compañeras. Estas relaciones son de gran valor para la recuperación de la enfermedad y el tratamiento, cuando se intensifica el amor y aprecio. Para el informante P1, el apoyo incondicional de su familia fue muy valioso. Habla de él con la voz quebrantada y dice que sus seres queridos dejaron todo atrás para acompañarlo: *“La recuperación se la debo a la parte afectiva de mi familia y de dejar el trabajo para estar conmigo... mire cómo se me pone la voz [...]. Ahí es donde se da una cuenta de lo que uno tiene, mi señora, mis hijos, la familia son todo mi hogar y han sido incondicionales”* (P1-E1).

Tener un diagnóstico de leucemia permite una mayor integración y unión familiar en los encuentros que se dan en las visitas al hospital, desde un saludo de mano hasta un abrazo (algo que antes no pasaba entre hermanos). La actitud de la familia cambia para dar paso a unas mejores relaciones: *“Nos ha unido más, porque antes toda mi familia ni se veía y ya se está viendo, ya se está hablando; con respecto a mis familiares, [las relaciones] han mejorado mucho, por ejemplo, mi hermano era uno que solo me saludaba de mano, pero él fue al que más duro le dio [la enfermedad], él inclusive se puso a investigar de toda mi enfermedad, y ya me abraza y todo [...]. Nos unió más, todo cambió por el diagnóstico, están más pendientes”* (P6-E1).

Con la enfermedad se inhibe el deseo sexual. El deseo, la satisfacción sexual y las expresiones eróticas con el compañero o la compañera no están presentes mientras los pacientes están hospitalizados, porque la experiencia de tener leucemia cambia las prioridades de la vida y las personas se centran en el tratamiento y la curación. En este sentido, el apetito sexual se deja a un lado. El deseo retorna cuando los pacientes regresan a su vida cotidiana en el hogar. La sexualidad se manifiesta en la casa desde otras alternativas como los besos, los abrazos, las miradas y las caricias: *“Con respecto a la sexualidad, ya cuando uno sale*

de la enfermedad es que entiende que la vida sigue, pero en el momento que a uno lo diagnostican o que está en tratamiento lo deja más a un lado” (P1-E2). *“Yo ahora tengo otra prioridad que es sentirme mejor... estoy centrada en la enfermedad, en el tratamiento y en curarme, eso es como lo prioritario”* (P2-E1).

Otro aspecto que limita el deseo sexual es el aislamiento, dado que el protocolo hospitalario prohíbe el contacto íntimo, aunque este se puede vivir de otra manera: no se trata solo de genitalidad. Por ejemplo, durante la hospitalización, se pueden expresar otras formas de la sexualidad como palabras bonitas, estar pendiente de la pareja o preocuparse por ella, llamar todos los días, abrazar y besar: *“Como uno está hospitalizado, no se puede hacer nada, yo digo que más que limitaciones, es por las defensas, por el aislamiento y esas cosas. Demostrarle a la pareja que la ama no es solo con sexo, sino con palabras, aquí hospitalizado se hacen otras cosas, como estar pendiente de ella: yo la llamo todos los días, abrazarla y darle besos, y palabras bonitas, uno debe conquistar siempre, eso tampoco se debe perder”* (P4-E2).

Aunque la edad puede ser una barrera para el deseo sexual, esto no es así entre los informantes, dado que esperan que después del tratamiento puedan seguir viviendo este aspecto de sus vidas como parte de su relación de pareja. *“Piensan que por la edad uno ya no puede seguir, pero es que esto no se puede dejar de lado, hace parte de la relación con la pareja”* (P1-E1).

En cuanto a la erección y la vida sexual activa, estas se pierden durante la hospitalización, puesto que no se piensa en sexo o no hay deseo. Sin embargo, apenas se recuperan se espera poder activar la vida sexual incluyendo la función eréctil: *“No se piensa porque no hay el deseo, lo que usted no desea no le viene a la cabeza [...]. Yo pienso que el sexo no es solo erección [...]. Espero recuperarme cuando lleguen los niveles a su punto, espero seguir con erección y seguir con mi vida sexual que ha sido muy activa”* (P5-E1).

Necesidad de información sobre sexualidad. Los informantes percibieron una falta de información sobre sexualidad durante la enfermedad y el tratamiento con quimioterapia. Consideraron que el tema puede generar vergüenza y que quizás el personal de salud tiene la creencia de que una persona enferma no tiene deseo sexual. No preguntar tuvo que ver con la censura que

se tiene desde lo cultural, con el desconocimiento de los efectos del tratamiento en la fertilidad y en la función sexual. Los pacientes consideran que es importante la información sobre sexualidad para tomar decisiones informadas y prevenir o manejar apropiadamente los efectos del tratamiento: *“La verdad, a mí me daba pena, porque qué dirán: ‘yo le estoy diciendo que está enfermo y él me está preguntando por eso’; pienso que si me hubieran dado una charla sobre eso, sobre lo que me podía pasar, podría haber estado más preparado”* (P1-E2).

Se plantea la necesidad, entonces, de dar información sobre el tema de la fertilidad y de cuáles son los métodos actuales de preservación para facilitar la procreación en el futuro. Estos temas no son informados antes de comenzar el tratamiento con la quimioterapia: *“Deberían brindar más información sobre la reproducción sexual, porque, por ejemplo, yo no sabía que antes de empezar quimio en el caso de las mujeres o los hombres [sic] podíamos hacer un proceso de preservar los óvulos para que más adelante, cuando se termine el tratamiento, si se quiere tener hijos, esto sea más fácil”* (P2-GF).

La información sobre sexualidad debe abordar el autocuidado y la importancia de la protección de la pareja por medio del condón durante el tiempo que haya hospitalización: *“Son informaciones muy fundamentales durante el tratamiento para saber cuidarse a uno mismo y a la pareja también, porque yo me estaba cuidando con condón, pero no sabía qué tan importante era, y no falta el que no lo use, y uno además de cuidarse debe cuidar a la pareja”* (P4-E1).

Discusión

Los relatos describen la experiencia de la sexualidad que va más allá de la genitalidad y el erotismo, y trasciende hasta la comunicación y las relaciones con la familia y la pareja. Para los participantes, los encuentros con la familia constituyeron nuevas formas de comunicación que resignificaron un lenguaje y una manera de expresarse intensa y diferente. El estudio de Nondedeu Arráez refiere que, en lo referente a la dimensión familiar, el informante denota y agradece el gran apoyo que tuvo por parte de su familia — especialmente de su esposa y sus padres—; además agrega la paciencia que tuvo su compañera en los peores momentos del tratamiento, quien se convirtió en su cuida-

dora principal, su protectora.¹⁶

Los familiares se perciben comprometidos y cálidos con el proceso de recuperación de su ser querido. Este punto es importante porque el informante se siente querido y acompañado en los momentos más difíciles del diagnóstico y el aislamiento preventivo. La forma como la familia afronta el proceso de enfermedad de uno de sus miembros permite mantener un equilibrio u homeostasis familiar.¹⁷ Robert et al. argumentan que el apoyo social, como el de la familia, ayuda a afrontar activa y positivamente las situaciones, lo que les permite a los pacientes buscar información, solicitar ayuda profesional e intentar solucionar los problemas.¹⁸ El estudio de Casas et al. refiere que los pacientes con neoplasias hematológicas encuentran en la familia el principal apoyo emocional y la motivación para luchar.¹⁹ La dimensión social debe traducirse en planes de cuidado para el profesional de enfermería con acciones que logren fortalecer los lazos familiares y facilitar las expresiones de amor y afecto. Esto, unido al conocimiento de la sexología, permite ofrecer mejores opciones para conservar, desde la familia, la capacidad de expresar sentimientos, tener nuevas formas de comunicación y demostrar el interés por el otro.

Los participantes con leucemia sometidos a quimioterapia relataron que el apetito o deseo sexual estaba inhibido o que no sentían deseo, y justificaban esto por la condición de salud, la hospitalización y el aislamiento. El estudio de Gaviria et al. dice que la mayoría de los pacientes hombres aceptaron los cambios, entre ellos la ausencia de deseo sexual, y los normalizaron al entenderlos como parte del proceso de envejecimiento natural.²⁰ Los pacientes también expresaron que el deseo se reanuda en la casa sin problemas, lo que apoya la idea de que el nivel bajo de deseo sexual se manifiesta durante la hospitalización. Así mismo, el estudio de McGrath expresa que los efectos de la enfermedad y el tratamiento sobre la sexualidad varió en los pacientes desde un no tener problemas con el deseo sexual hasta el tener un breve impacto que pasó con el tiempo. Igualmente, se reporta que no todos los pacientes con enfermedades hematológicas malignas experimentan problemas con la sexualidad.¹⁷

Otros informantes atribuyen la disminución del apetito sexual al envejecimiento, pero dicen que esperan, después del tratamiento, poder seguir viviendo este aspecto de una manera plena con su pareja.

De la misma manera lo reportó el estudio de Gilbert et al., en el que gran parte de los pacientes informó haber comprendido los cambios en su sexualidad y los aceptó como parte del proceso natural de envejecimiento. Los pacientes esperaban continuar disfrutando la actividad sexual en sus años mayores desde otras formas como el tacto y la ternura.²¹

En nuestro estudio se vislumbra una preocupación por la satisfacción de la pareja y por poder continuar con la función eréctil. El estudio de Álvarez y cols. encontró que los pacientes con cáncer de testículo que recibieron quimioterapia no tuvieron alteraciones en su función eréctil y en su deseo sexual.²² El estudio de Gilbert et al. refiere que el estado de la relación y el apoyo de la pareja jugó un papel importante en la adaptación a los cambios fisiológicos y psíquicos de la sexualidad experimentados después del tratamiento.²¹ La forma como la pareja acompaña y comprende los cambios sexuales también es un punto que debe tenerse en cuenta en los planes de cuidado para los pacientes con leucemia, en los que sea posible ofrecerles varias estrategias para mejorar la relación de pareja basada en la aceptación, el apoyo y el encuentro de otras formas de expresar el afecto físico.¹⁷

Los informantes manifestaron que no recibieron información sobre la sexualidad y la fertilidad, pero tampoco preguntaron al respecto porque desconocían las consecuencias que el tratamiento podría tener o porque lo consideraban un tema muy íntimo y cuestionado culturalmente. La falta de información en sexualidad también se muestra en los estudios de Pereira y Schattman²³ y Camacho y Reyes,²⁴ quienes refieren que muchos pacientes no están informados acerca de posibles cambios en su función sexual o fertilidad y que todas las modalidades de preservación de la fertilidad siguen siendo subutilizadas. Incluso después del tratamiento contra el cáncer, muchos pacientes siguen teniendo necesidades insatisfechas de información sobre cómo restaurar la función sexual y la fertilidad.

Los participantes refieren que les da pena hablar de ello por ser un tema tabú y prefieren que el personal de salud tenga la iniciativa y les informe al respecto. Este mismo concepto de tabú fue tratado por McGrath, quien estudió el impacto en la sexualidad después del diagnóstico y tratamiento de una neoplasia maligna hematológica, refiere que los participantes manifestaron la naturaleza tabú de la sexualidad

y la falta de discusión sobre el tema.¹⁷ El estudio de Souza de Santana et al. dice que el personal de salud, ya sea por acción u omisión, refuerza las representaciones del sexo como algo perjudicial para la salud.²⁵

El manejo clásico del paciente con cáncer está orientado a los efectos de los tratamientos, razón por la cual se le resta importancia a la educación en la sexualidad y se dificulta una adecuada consejería sobre las opciones para preservar la fertilidad.²⁶ Adicionalmente se cree que la actividad sexual no es importante para los pacientes que sufren cáncer y sus parejas, debido a que la enfermedad pone en peligro la vida del paciente y esta preocupación se antepone a la sexualidad. No obstante, la realidad es que esto sí los preocupa.²² Igualmente, Moore et al. relatan que la sexualidad es un área descuidada de los enfermeros.²⁷

El equipo de salud debe reconocer que la sexualidad debe contemplarse en los planes de cuidados de sus pacientes y poner en consideración la posibilidad de establecer normas o protocolos en sexualidad que sean conocidos por todos los servidores de la salud. De igual forma, Katz refiere que el equipo de salud que está a cargo del cuidado de los pacientes con cáncer debe estar preparado para evaluar las dificultades en su sexualidad y brindar orientación anticipada relacionada con el tratamiento e incluso con la reanudación de la actividad sexual.⁴

Conclusiones

Este estudio permitió explorar que la experiencia de la sexualidad en los pacientes con leucemia sometidos a quimioterapia, en general, debe ser entendida como la expresión de sentimientos de ternura en una relación interpersonal y que no se refiere solo a la genitalidad. Tal experiencia es una expresión permanente de amor y armonía en la que se expresa el interés por el otro, y hay una comunicación de actitudes, sentimientos y emociones de manera permanente tanto en la hospitalización como en el aislamiento y la recuperación en casa.

En los pacientes con leucemia sometidos a quimioterapia, el apetito o deseo sexual pasa a un segundo plano debido a la condición de salud, la hospitalización y el aislamiento, pero en la fase de recuperación de la enfermedad, en sus casas, se reactiva el erotismo y el deseo. Reconocer esta experiencia plantea, para el equipo de salud, nuevas alternativas para abordar al

paciente desde su sexualidad. Los cuidados ofrecidos en este aspecto deben contemplar la información completa sobre el erotismo, el deseo sexual y otras formas de satisfacción sexual.

El profesional de enfermería debe asumir el compromiso de liderar procesos de cuidado humanizado, ser aquel que comprende y reconoce que los pacientes con leucemia sometidos a quimioterapia hospitalizados necesitan, además de los cuidados especializados, la comprensión de sus necesidades sexuales. La información y comunicación sobre sexualidad emergen como una necesidad altamente significativa para los informantes, a la vez que son una intervención de cuidado de enfermería de gran importancia en este grupo poblacional, por ser más cercana al paciente y a su familia.

Bibliografía

- Ortega MA, Osnaya ML, Barrientos JV. Leucemia linfoblástica aguda. *Med Int Mex* 2007;23:26-33.
- Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Guía de práctica para la detección, [e] tratamiento y [e] seguimiento de leucemias linfoblástica y mieloide en población mayor de 18 años. Bogotá: El Ministerio; 2017. Disponible en http://gpc.minsalud.gov.co/gpc_sites/Repositorio/Conv_563/GPC_Leucemia_Mayores_18a%C3%B1os/GPC_Leucemias.pdf [acceso: 17/04/2018].
- Ferreiro J, García JL, Barceló R, Rubio I. Quimioterapia: efectos secundarios. *Gac Médica Bilbao* 2003;100(2):69-74.
- Katz A. The sounds of silence: sexuality information for cancer patients. *J Clin Oncol* 2005; 23(1):238-241.
- López E, González E. Sexualidad y cáncer: toxicidad y tratamientos de soporte. *Oncología* 2005; 28(3):58-63. Disponible en http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S037848352005000300010 [acceso: 03/09/2018].
- Pino Navarro CE. Disfunción sexual en pacientes con cáncer. *Méd UIS* 2010; 23(2):126-133.
- López Ramírez E, González Flores E. Sexualidad y cáncer: toxicidad y tratamientos de soporte. *Oncol Barc* 2005;28(3):58-63.
- Zittoun R, Suciú S, Watson M, Solbu G, et al. Quality of life in patients with acute myelogenous leukemia in prolonged first complete remission after bone marrow transplantation (allogeneic or autologous) or chemotherapy: a cross-sectional study of the EORTC-GIMEMA AML 8A trial. *Bone Marrow Transplant* 1997;20(4):307-315.
- Hordern AJ, Street AF. Communicating about patient sexuality and intimacy after cancer: mismatched expectations and unmet needs. *Med J Aust* 2007; 186(5):224-227.
- Flynn KE, Reese JB, Jeffery DD, Abernethy AP, et al. Patient experiences with communication about sex during and after treatment for cancer. *Psychooncology* 2012; 21(6):594-601.
- Olsson C, Berglund AL, Larsson M, Athlin E. Patient's sexuality - a neglected area of cancer nursing? *Eur J Oncol Nurs* 2012;16(4):426-431.
- Jonker-Pool G, Hoekstra HJ, van Imhoff GW, Sonneveld DJ, et al. Male sexuality after cancer treatment - needs for information and support: testicular cancer compared to malignant lymphoma. *Patient Educ Couns* 2004; 52(2):143-150.
- Schover LR, van der Kaaij M, van Dorst E, Creutzberg C, et al. Sexual dysfunction and infertility as late effects of cancer treatment. *Eur J Cancer Suppl* 2014; 12(1):41-53.
- Ray MA. La riqueza de la fenomenología: preocupaciones filosóficas, teóricas y metodológicas. En: Morse JM (editora). *Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa*. Medellín: Universidad de Antioquia, 2003:139-159.
- Todres L, Holloway I. Investigación fenomenológica. En: Gerrish K, Lacey A (editores). *Investigación en enfermería*. Madrid: McGraw-Hill Interamericana, 2008 (5ª ed.): 224-237.
- Nondeu Arráez D. Cambios en el rol social del paciente oncohematológico: un estudio de caso. *Index de Enfermería* 2011; 20(3):165-168. Disponible en http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962011000200006 [acceso: 29/03/2020].
- McGrath PD. The impact on sexuality after diagnosis and treatment for a hematologic malignancy: findings from Australia. *Oncol Nurs Forum* 2012; 39(6):595-600.
- Robert V, Álvarez C, Valdivieso F. Psicosociología: un modelo de intervención y apoyo psicossocial. *Rev Med Clin Condes* 2013;24(4):677-684.
- Casas Patarroyo CP, Otero de la Hoz DM, Mesa Melgarejo L del P, Carrillo AJ, et al. Prácticas de medicina tradicional y complementaria en pacientes con neoplasias hematológicas. *Index de Enfermería* 2017; 26(1-2):20-24. Disponible en http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962017000100005&lng=es [acceso: 31/03/2020].
- Gaviria AM, Vinaccia S, Riveros MF, Quiceno JM. Calidad de vida relacionada con la salud, afrontamiento del estrés y emociones negativas en pacientes con cáncer en tratamiento quimioterapéutico. *Psicología desde el Caribe* 2007;(20):50-75.
- Gilbert E, Ussher JM, Perz J, Wong WK, et al. Men's experiences of sexuality after cancer: a material discursive intra-psychic approach. *Cult Health Sex* 2013;15(8):881-895.
- Álvarez Puga MB, López González O, Álvarez Gallardo AM. ¿Afecta a la sexualidad del hombre padecer un tumor testicular? *Paraninfo Digital* 2014;8(20). Disponible en <http://www.index-f.com/para/n20/278.php> [acceso: 31/03/2020].
- Pereira N, Schattman GL. Fertility preservation and sexual health after cancer therapy. *J Oncol Pract* 2017;13(10):643-651.
- Camacho ME, Reyes-Ortiz CA. Sexual dysfunction in the elderly: age or disease? *Int J Impot Res* 2005;17Suppl1:S52-56.
- Souza de Santana Carvalho E, Santos Paiva M, Casado Aparicio E. El sexo es bueno, pero no puedo: representaciones de mujeres y hombres con heridas crónicas. *Index de Enfermería* 2013; 22(3):137-141. Disponible en http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962013000200005 [acceso: 31/03/2020].
- Scarella Chamy A, Díaz-García C, Herraiz S, Kliemchen Rodrigues J. Fertility preservation in the oncology patient. *Medwave* 2017;17(9):e7090.
- Moore A, Higgins A, Sharek D. Barriers and facilitators for oncology nurses discussing sexual issues with men diagnosed with testicular cancer. *Eur J Oncol Nurs* 2013;17(4):416-422.



Licencia Freepik

PROXIMA CONVOCATORIA

Cómo elaborar Guías de Buenas Prácticas en cuidados basadas en la evidencia

¿Cómo puedo integrar la mejor investigación disponible con mi propia experiencia y las preferencias de los pacientes de acuerdo con las condiciones del entorno de cuidados que compartimos?



INFORMACION

Cátedra Index de Investigación en Cuidados de Salud
<http://www.fundacionindex.com/catedra/>