

Consejería de enfermería en anticoncepción a mujeres con cáncer: negociaciones, construcción de conocimiento y empoderamiento

Nursing counseling on contraception for women with cancer: negotiations, knowledge construction and empowerment

Marlin Téllez Pedroza¹ , Diana Carolina Rubio León² , Yenny Barreto Zorza³ ,
Ángela Fernanda Espinosa Aranzales^{3*} , Juan Ricardo Aparicio Cuervo⁴ ,
Ángela Ibeth Piraján Aranguren⁵ 

 *angela.espinosa@urosario.edu.co

¹ Universidad del Tolima, Ibagué, Colombia

² Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia

³ Universidad del Rosario, Bogotá, Colombia

⁴ Universidad de los Andes, Bogotá, Colombia

⁵ Instituto Nacional de Cancerología, Bogotá, Colombia

Recibido: 22/04/2024 Aprobado: 12/12/2024

Resumen

Introducción: Es importante que las mujeres con cáncer, especialmente las más jóvenes, reciban asesoramiento sobre anticoncepción antes y después del tratamiento. No obstante, sólo una minoría entre los profesionales de la salud (más a menudo enfermeras profesionales) ha sido capacitado para discutir la fertilidad de las pacientes con cáncer. Este estudio describe las negociaciones entre mujeres con cáncer y enfermeras, con base en las prácticas anticonceptivas de estas mujeres. **Objetivo:** describir las negociaciones entre enfermeras y mujeres diagnosticadas con cáncer en un hospital de alta complejidad para la atención del cáncer en Colombia donde las mujeres asisten a una consulta de consejería en anticoncepción con un profesional de enfermería antes de recibir tratamiento de radioterapia. **Metodología:** estudio cualitativo descriptivo de la grabación de consejerías donde participaron 13 mujeres con cáncer y dos enfermeras. En perspectiva naturalista, se realizó el análisis de contenido de las secuencias de la conversación entre la enfermera y la mujer durante la consulta registrando las negociaciones. Resultados Se identificaron dos categorías. 1) Construcción conjunta del conocimiento y 2) empoderamiento. La primera categoría incluye diálogo con expertos, interacciones colaborativas y negociación de autoridad; la segunda desarrolla las necesidades de las mujeres y su toma de decisiones. En la consejería se siguió el protocolo institucional, se brindó escucha activa, permitiendo la expresión de sentimientos y la negociación de los métodos de planificación. El empoderamiento que promueven las enfermeras en las mujeres favorece la toma de decisiones. **Conclusión:** Este estudio subraya la importancia de las consejerías de enfermería en salud sexual y reproductiva dirigidas a mujeres con cáncer. Constituye un aporte para estrategias de atención integral para las mujeres y para la promoción de mejores prácticas de enfermería.

Forma de citar: Téllez-Pedroza M, Rubio-León DC, Barreto-Zorza Y, Espinosa-Aranzales AF, Aparicio-Cuervo J, Piraján-Aranguren A. Consejería de enfermería en anticoncepción a mujeres con cáncer: negociaciones, construcción de conocimiento y empoderamiento. Salud UIS. 2025; 57: e 25v57a01. doi: <https://doi.org/10.18273/saluduis.57.e:25v57a01>



Palabras clave: Anticoncepción Femenina; Salud Sexual; Neoplasias; Educación en Enfermería; Negociación; Salud de la Mujer.

Abstract

Introduction: It is important for women with cancer, especially younger ones, to receive counseling about contraception before and after treatment. However, only a minority among health professionals -most often nurse practitioners- has been trained to discuss cancer patients' fertility. This study describes the negotiations between women with cancer and nurses, based on these women's contraception practices. **Objective:** to describe the negotiations between nurses and women diagnosed with cancer in a highly complex cancer care hospital in Colombia where women attend a contraceptive counseling consultation with a nursing professional before receiving radiotherapy treatment. **Methodology:** This is a qualitative descriptive study analyzing recorded counseling sessions in which 13 women with cancer and two nurses participated. From a naturalistic perspective, content analysis was carried out on the conversation sequences between the nurse and the woman during the consultation. **Results:** two categories were identified. 1) Joint construction of knowledge and 2) empowerment. The first category includes dialogue with experts, collaborative interactions, and negotiation of authority; the second one develops women's needs and their decision-making. In the counseling, the institutional protocol was followed, active listening was provided, allowing the expression of feelings and the negotiation of planning methods. The empowerment that nurses promote in women favors decision making. **Conclusion:** This study highlights the importance of nursing counseling on sexual and reproductive health aimed at women with cancer. It constitutes a contribution to comprehensive care strategies for women and to the promotion of better nursing practices.

Keywords: Female Contraception; Sexual Health; Neoplasms; Nursing Education; Negotiating; Women's Health.

Introducción

Según el Observatorio Global del Cáncer, se estimaron 20 millones de nuevos casos de cáncer y 9.7 millones de muertes a nivel mundial, 8.9% ocurren en Latinoamérica y el Caribe y 117.620 nuevos casos en Colombia durante el 2022. La incidencia más alta en esta población fue de cáncer de mama (48.3), colon y recto (16.7) y cáncer de cuello uterino (14.9), en el mismo año¹. La tasa cruda de uso de anticonceptivos entre mujeres con cáncer se estima en un 62% y la tasa de asesoría en anticoncepción tiene una prevalencia de 44 % entre mujeres en edad reproductiva (15 a 49 años) a lo largo del proceso continuo de atención del cáncer². Las guías de práctica clínica en oncología establecen en sus pautas para los proveedores de oncología en el cuidado de pacientes adultas jóvenes con cáncer, la anticoncepción antes del inicio de la terapia, no obstante, no se incluyen los tipos de negociaciones sobre la elección o el tipo aceptable de métodos anticonceptivos³.

A pesar de que estas mujeres tienen necesidades de planificación familiar únicas, la literatura reporta una falta de claridad en cuanto a la aceptación y el asesoramiento sobre métodos anticonceptivos entre las mujeres con cáncer². Se ha encontrado un aumento general en el uso de métodos menos efectivos después del diagnóstico. Por ejemplo, en un estudio prospectivo realizado en 2017, antes del diagnóstico de cáncer de mama, la mayoría de las mujeres usaban anticonceptivos orales (93%). Sin embargo, después del diagnóstico de cáncer y el asesoramiento sobre anticoncepción, el 50% de las mujeres usaban condones, el 18,6% usaban coito interrumpido y el 14,3% usaban ligadura de trompas⁴.

El abandono de los métodos hormonales es debido a que hay cánceres, como el de mama, cuyas células son positivas para receptores de hormonas, pues tienen receptores de estrógeno (ER), receptores de progesterona (PR), o ambos, en cuyo caso la anticoncepción hormonal combinada tradicional está contraindicada⁵. Massarotti & Cols. reportan que, en el caso de las mujeres supervivientes al cáncer que optan por la anticoncepción no hormonal, la mitad de ellas eligen estos métodos por miedo a las hormonas⁶. De acuerdo con el Instituto Nacional de Cáncer de los Estados Unidos, estudios han proporcionado evidencia consistente de que con el uso de anticonceptivos orales, los riesgos de cánceres de seno y de cuello uterino han aumentado, mientras los riesgos de cánceres de endometrio, de ovario, y de colon y recto han disminuido⁷.

Respecto a los tratamientos, hay evidencia de que la irradiación previa de la pelvis, la terapia de reemplazo de estrógenos (TRH) y la terapia con tamoxifeno representan factores de riesgo exógenos de carcinomas

del endometrio. No obstante, la aplicación cíclica de estrógenos combinados con progestinas no aumenta la incidencia de cáncer de endometrio y la anticoncepción hormonal (preparaciones combinadas) incluso puede reducir el riesgo de carcinomas de endometrio hasta en un 50%⁸.

Los diferentes tipos de cáncer y los tratamientos asociados pueden afectar la elección y la eficacia de los métodos anticonceptivos disponibles. Por ejemplo, la amenorrea debida a la quimioterapia, que tiene una prevalencia entre mujeres con cáncer de mama entre el 11 a 96%, les hace suponer que no son fértiles⁹ y la falta de asesoramiento anticonceptivo adecuado puede estar asociada con un uso subóptimo entre estas mujeres.

Se estima que el 60% de las pacientes diagnosticadas con cáncer requerirán radioterapia. Esta terapia genera preocupaciones a las mujeres, como la acción gonadotóxica con efectos a largo plazo de las radiaciones ionizantes, que incluyen insuficiencia ovárica, detención puberal y posterior infertilidad, y en ciertos casos, desregulación de la secreción hormonal normal y daños en el útero¹⁰. La toxicidad y teratogenicidad relacionada con la radioterapia con dosis altas, son elementos decisivos para la elección de métodos anticonceptivos en pacientes con cáncer anal femenino, vaginal o cervico uterino porque la terapia ionizante produce una disminución del riego sanguíneo, pérdida de colágeno y elasticidad y fibrosis tisular asociada, se produce un estrechamiento y acortamiento del canal vaginal y pueden aparecer síntomas como sequedad y dispareunia, que pueden ser manejadas con el uso de condón con lubricante para disminuir el discomfort¹¹.

No obstante, las principales necesidades de las mujeres con cáncer se relacionan con la fertilidad¹⁰. Las mujeres a quienes no se les ofrecen opciones en relación con su fertilidad pueden experimentar ansiedad, estrés y afectaciones en su calidad de vida. Adicionalmente, las mujeres han manifestado incertidumbre sobre las ventajas y desventajas de la anticoncepción y sobre la capacidad para concebir, temor a que el embarazo y la anticoncepción hormonal amenacen su salud, falta de control sobre su fertilidad y creencias sobre la imposibilidad de quedar embarazadas después del tratamiento¹².

Dado lo anterior, se requiere atención en anticoncepción para apoyar las decisiones de las mujeres en torno a la maternidad, especialmente en mujeres jóvenes. En este contexto, la ausencia de información y asesoría se asocia con efectos negativos para la vida sexual de las pacientes, como por ejemplo la disminución de la actividad sexual y cambios vaginales¹³.

Se reporta que las decisiones de pacientes son más objetivas después de una consulta larga y en profundidad con el oncólogo o especialista en fertilidad¹⁰. En la consejería, la conversación sobre los cambios en la salud reproductiva de una paciente antes y después del cáncer es esencial para brindar una atención integral de calidad, por lo que el personal de salud debería conocer la forma en que los tratamientos contra el cáncer impactan la fertilidad y las opciones para preservarla. En este contexto se resalta que dichas conversaciones son realizadas con más frecuencia por enfermeras profesionales¹⁴ al tiempo que se requiere de la atención integral por parte del equipo de salud. Las múltiples preocupaciones de las pacientes en términos de su salud sexual y reproductiva hacen necesario una mejor comunicación; sin embargo, sólo una minoría de los profesionales de la salud ha recibido capacitación para abordar la fertilidad de pacientes con cáncer¹⁵ y las razones para no hacerlo son falta de conocimiento, poco tiempo para la consulta y mal pronóstico de la enfermedad.

La consejería de enfermería implica estrategias de comunicación que faciliten la interacción con las pacientes, que sean simétricas y permitan la negociación y transformación de los espacios donde interactúan. Si bien, existen algunas teorías donde la interacción enfermera-paciente es el núcleo del cuidado¹⁶, no obstante, la práctica actual no refleja esta situación y ha mantenido la tradición de utilizar teorías foráneas para su sustento¹⁷. Por ejemplo, un estudio bibliométrico señala que la Teoría de la Acción Racional (TAR), proveniente de la psicología social ha sido un referencial teórico en las producciones científicas de enfermería, y en su aplicabilidad en el contexto de la salud, ayudando a predecir las intenciones y el comportamiento de los pacientes, favorecer la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y la adherencia al tratamiento relacionados con las enfermedades crónicas¹⁸. No obstante, existen estudios limitados sobre el desarrollo y la evaluación de intervenciones de consejería en planificación familiar para estas pacientes¹⁹, que redundan en el desconocimiento de las teorías que las sustentan; pese a ello, se encontró evidencia reciente que no iba dirigida a la anticoncepción específicamente,

pero sí abordaba la salud sexual de las mujeres con cáncer. En dicho estudio clínico los pacientes que recibieron educación sobre salud sexual basada en el modelo transteórico tuvieron conocimientos sexuales, actitudes sexuales y autoeficacia sexual significativamente mayores que aquellos que recibieron educación tradicional sobre salud sexual. El modelo desarrollado era culturalmente sensible, con intervenciones que incluían enfoque de género, participación y comunicación persuasiva basada en un folleto tutorial para fomentar el diálogo, la autoinstrucción y la autoevaluación que fomentaron la comunicación abierta con los educadores y el refuerzo del aprendizaje; mientras que la educación tradicional consistía en un folleto informativo sobre educación sanitaria básica, sexualidad y cáncer para pacientes, además de una charla educativa de 10 a 15 minutos²⁰.

Otros estudios recientes sobre las interacciones entre profesionales del servicio médico y pacientes apuntan a que las dimensiones afectivas de estas relaciones no son capturadas por la teoría de la acción racional y que la toma de decisión en los contextos sanitarios es influenciada por aspectos emocionales. Por ejemplo, la participación de las mujeres se incrementa cuando existe el apoyo desde la práctica médica²¹.

Según normatividad vigente en Colombia, durante la consulta de enfermería se realiza asesoría en anticoncepción, elección y suministro de anticonceptivos y seguimiento²².

Un estudio en Colombia afirma que profesionales de enfermería juegan un rol con pacientes de cáncer en tanto sus prácticas de cuidado provienen de aproximaciones interactivas e integrativas²³, siendo importante enfrentar los efectos físicos relacionados con la fertilidad durante el tratamiento del cáncer y la situación del paciente en relación con aspectos sociales, culturales y psicológicos.

Así, la interacción entre enfermeras y pacientes puede pensarse como una arena de disputa donde la autoridad epistemológica es reforzada, negociada y mediada enfocándose en negociaciones asimétricas²⁴. Como se podrá observar más adelante a lo largo del artículo, hemos denominado a esta interacción como una “negociación” que siempre ocurre en contextos asimétricos: a veces la interacción ocurre de forma vertical e impositiva; pero, en otros, se alcanza a percibir una relativa horizontalidad dando lugar a la complicidad y al empoderamiento de las pacientes. Más allá de las prescripciones que tomen las recomendaciones finales de la consulta, como lo ha también analizado el antropólogo médico Joao Biehl²⁵ en sus estudios etnográficos con pacientes psiquiátricos en Brasil, se trata de momentos iluminadores donde se perciben cómo las historias de vida, las preferencias y los valores que se ponen en juego en la interacción médico-paciente, proponen un hiato entre la verticalidad del discurso experto y los deseos y las decisiones que toman las pacientes sobre sus propios cuerpos. Y es justo ahí, en las conversaciones y también en los gestos y silencios, donde se tensiona momentáneamente el rol del experto y se alcanza a vislumbrar el empoderamiento de la paciente. En definitiva, el interés está en privilegiar interacciones que promuevan el cuidado centrado en el paciente y la toma de decisiones compartida y empoderada²⁶.

Por lo tanto, el objetivo de este artículo es describir las negociaciones entre enfermeras y mujeres diagnosticadas con cáncer en un hospital de alta complejidad para la atención del cáncer en Colombia donde las mujeres asisten a una consulta de consejería en anticoncepción con un profesional de enfermería antes de recibir tratamiento de radioterapia.

Metodología

Tipo de diseño

Estudio cualitativo descriptivo a partir de la grabación en formato de audio de consultas de consejería en anticoncepción realizadas por enfermeras. Para garantizar el cumplimiento de la rigurosidad de los estudios cualitativos se siguieron las recomendaciones del Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ)²⁷.

Escenario

Institución pública hospitalaria de alto nivel de complejidad con acreditación de alta calidad ubicada en Bogotá, Colombia. La institución es considerada como referente nacional para el control del cáncer y también es un centro de investigación, donde existe un programa de enfermería sobre fertilidad y cáncer, cuyo objetivo es que enfermería brinde consejería en salud sexual y reproductiva a todo paciente en edad fértil con patología

oncológica y con probabilidad de tratamiento. La consejería de enfermería se constituye como la puerta de entrada a la ruta Integral de Atención en Salud para la población con riesgo o presencia de cáncer²⁸. Dicha consulta está regida por el protocolo de atención institucional y se enmarca en la Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos²⁹.

Período

La recolección de información tomó lugar entre octubre de 2020 y febrero de 2021 y el análisis se realizó durante el 2021. Aunque en Colombia estuvo vigente la emergencia sanitaria por Covid 19 desde el 12 de marzo de 2020 hasta el 30 de junio de 2022, las consejerías de enfermería se continuaron realizando de manera presencial durante ese periodo en la institución y se ingresó a estas cumpliendo protocolos de bioseguridad de la institución.

Participantes y criterios de selección

Se realizó un muestreo por conveniencia³⁰, se invitó a participar a todas las mujeres que cumplieran los criterios de selección hasta alcanzar la saturación de la información³¹. Se contó con muestra de 13 mujeres con cáncer y dos enfermeras profesionales.

Se reclutaron mujeres elegibles que cumplieran con los criterios de ser mayores de 18 años, diagnóstico de cáncer y que iniciarían tratamiento con radioterapia. No participaron en el estudio personas, que acorde con lo registrado en la historia clínica, estaban diagnosticadas con alguna alteración cognitiva. Se reclutó a las enfermeras que estaban a cargo de las consejerías en anticoncepción de la Institución. Se excluyó al personal de enfermería de otros servicios.

Instrumentos

Se construyó una encuesta que incluyó las variables: edad, nivel socioeconómico, estado civil, número de hijos, nivel educativo, tipo de afiliación, lugar de procedencia, grupo étnico, trabajo, ocupación, ingresos económicos y diagnóstico oncológico. La información fue registrada en Research Electronic Data Capture (REDCAP) una plataforma web segura para manejo de bases de datos online.

Recolección de datos

Se realizó demanda inducida para captar las participantes, las mujeres que mostraron interés en el estudio fueron contactadas, se les informó sobre los objetivos y diligenciaron el consentimiento informado. Previa aprobación del comité de ética, se accedió a la información de las mujeres que se consideraba que podían participar del estudio, a través de la agenda de las enfermeras que lideran el programa de “Sexualidad y cáncer” en la institución seleccionada. Los datos personales de las mujeres y el diagnóstico se accedieron a través de un formato de información personal y sociodemográfica que diligenciaron los auxiliares de investigación con cada mujer, tras el proceso de consentimiento informado. El medio de contacto fue la invitación directa a las mujeres quienes son programadas por la institución para tener dicha consulta de enfermería de manera previa al inicio de la radioterapia. La invitación fue realizada de forma presencial en la institución, por parte de las enfermeras del programa y los auxiliares de investigación del proyecto, según la agenda del programa.

Las consejerías de enfermería fueron programadas según disponibilidad de las participantes, en un ambiente privado dentro de la institución. En cada consejería participó una de las enfermeras a cargo del programa sobre fertilidad y cáncer de la institución y una mujer con diagnóstico de cáncer que próximamente recibiría tratamiento con radioterapia. Un asistente de investigación ingresó al consultorio, hizo observación no participante y grabó en formato de audio la consulta. En total se grabó el audio de trece consejerías y se obtuvieron cinco horas y siete minutos de grabación. Las consultas duraron entre 10 y 39 minutos, con un promedio de 22 minutos.

Tratamiento y análisis de datos

Las grabaciones fueron transcritas por los asistentes de investigación y revisadas por los investigadores. De manera simultánea, se inició el análisis de las transcripciones con el objetivo de verificar la calidad y los contenidos abordados en la información recogida, a partir de lo cual, y según el cumplimiento del criterio de saturación, se detuvo el trabajo de campo cuando se consideró que la información recogida en las consejerías no aportaba contenido adicional al análisis. Se usó el software QSR International NVivo versión 11 para la sistematización de la información.

Se realizó un análisis de contenido cualitativo³², desde la perspectiva social constructivista que considera que el lenguaje construye realidades sociales. Estos análisis pueden aproximarse a cómo los hechos son construidos, a la misma construcción de experticia en conversación y a la negociación de saberes en interacción³³.

Con el fin de destacar el habla en interacción, se analizaron las secuencias de la conversación entre la enfermera y la mujer con cáncer durante la consulta de enfermería. La aproximación a los audios de las consultas de enfermería se hizo desde una perspectiva naturalista, en la que el punto de partida son las interacciones tal como ocurren. Esta aproximación permitió el estudio preciso de ciertos detalles de la interacción y por ello, en este artículo se presentan fragmentos de la conversación en su secuencia natural.

Siguiendo la propuesta de Schreier³², el análisis de contenido cualitativo se desarrolló en tres fases: 1) Preparación de datos: se seleccionaron fragmentos de las transcripciones que se consideraron relevantes para describir las negociaciones entre las enfermeras y las mujeres diagnosticadas con cáncer. 2) Construcción del marco de codificación: dado que en este estudio no se tenían categorías predeterminadas, se realizó una aproximación inductiva para la codificación de las transcripciones. 3) Análisis principal: inicialmente, el equipo de investigación se familiarizó con los datos y cada miembro propuso códigos preliminares. Los códigos se clasificaron en categorías y se definió cada una. Dicha descripción buscó sintetizar la variedad de aspectos identificados en las consejerías. A partir de las dos primeras transcripciones, se conformó un libro inicial de códigos que se actualizó permanentemente para establecer consenso. Tras un proceso iterativo, las transcripciones se evaluaron para explorar las categorías principales. Para asegurar la saturación de la información, las últimas cuatro transcripciones fueron revisadas por todos los investigadores, para verificar que no surgió información nueva relevante.

Crterios de rigor metodológico

Además de la lista COREQ²⁷, para garantizar los criterios de rigor metodológico propuestos por Lincoln y Guba, especificados por Korstjens & Moser³⁴, la credibilidad fue asegurada mediante la presentación de las categorías analíticas, interpretaciones y conclusiones a dos enfermeras participantes, otras 50 enfermeras y 50 mujeres con cáncer, quienes, tras su revisión, los consideraron como análisis adecuados de las negociaciones que habían tenido lugar en las consejerías; asimismo, se realizó una triangulación de la investigación al utilizar dos o más investigadores para realizar la codificación, análisis e interpretación de las decisiones. El criterio de dependencia se promovió mediante el logro de la consistencia en el análisis de la información, se siguió el análisis de contenido que fue revisado permanentemente por los investigadores. Para asegurar la confirmabilidad los investigadores garantizaron la transparencia al describir los pasos de la investigación en un manual de procedimientos al cual se adhirieron a lo largo del estudio. Para garantizar la reflexividad los investigadores sostuvieron reuniones semanales para examinar sus lentes conceptuales, preconcepciones y perspectivas a lo largo de las fases del estudio.

Resultados

Participaron 13 mujeres con cáncer y dos enfermeras. Las pacientes se encuentran en un rango de edad de 22 a 55 años. Nueve indicaron un nivel socioeconómico bajo, ocho participantes no tenían pareja, una se había separado y cuatro estaban casadas o en unión libre. Tres participantes no tenían hijos/as; las otras tenían de uno a ocho hijos/as. Dos participantes tenían educación primaria; dos, secundaria; tres, tenían estudios técnicos; cinco, estudios de pregrado, y sólo una tenía estudios de posgrado. Siete provenían de Bogotá; cinco, de otros lugares y había una migrante. Siete participaban de actividades no remuneradas y diez ganaban aproximadamente 265 USD mensuales. Estas mujeres tenían varios grados de cáncer: colon (1, 7,69%), tumor endocrino alto grado no específico (1, 7,69%), cérvix (3, 23,07%), tumor maligno de cabeza, cara y cuello (1, 7,69%), melanoma no especificado (1, 7,69%), carcinoma de laringe (1, 7,69%), ovario (1, 7,69%), rhabdomyosarcoma (1, 7,69%), tumor maligno del tejido conjuntivo y tejido blando del abdomen (1, 7,69%), mama (2, 15,38%). Por su lado, las dos enfermeras tenían 35 y 49 años, nivel económico medio, cada una tenía hijo(a), las dos tenían estudios de pregrado y su salario era de aproximadamente 530 USD mensuales.

A partir del análisis de contenido emergieron dos categorías centrales: 1) construcción conjunta del conocimiento, conformada por tres códigos: a) diálogo con expertos, b) interacciones colaborativas, y c) negociaciones de la autoridad; y 2) empoderamiento, conformada por dos códigos: a) necesidades de las mujeres y b) toma de

decisiones. A continuación, cada categoría es ilustrada con las secuencias de conversación sobre las cuales se realizó el análisis de los códigos identificados.

1. Construcción conjunta del conocimiento

Acá se incluyen las interacciones donde las mujeres reclaman tener un conocimiento experto en tratamiento gracias a su experiencia durante la enfermedad y en el cual las enfermeras reconocen este conocimiento por parte de las mujeres. Fue posible identificar negociaciones entre el conocimiento experto de las enfermeras y el conocimiento lego de las pacientes que apoyan las prácticas anticonceptivas en mujeres con cáncer. En algunas ocasiones fue posible construir acuerdos que fueron expresiones de complicidad femenina, entendimiento mutuo y secuencias colaborativas. Pero también hubo expresiones de relaciones asimétricas del poder basadas en construcción de autoridad por parte de las enfermeras.

a) Diálogo con expertos. ¿Qué es lo más importante?

Las participantes del diálogo son: enfermera -quien es experta en consejería de salud sexual y reproductiva-, apoyada en un protocolo de asistencia institucional y herramientas didácticas -tales como un rotafolio- y paciente, la cual trae su conocimiento y experiencia. El Fragmento 1 ilustra el diálogo entre una mujer de 35 años, no casada y sin hijos, diagnosticada con rhabdomyosarcoma, la cual expresa indecisión sobre sus intenciones reproductivas. Acá la enfermera sugiere descartar los métodos definitivos en tanto que ella vislumbra escenarios futuros donde las mujeres sobrevivientes de cáncer puedan tener hijos. La enfermera guía el proceso de toma de decisión considerando la relación de pareja y el estatus del progreso de la mujer en tratamiento del cáncer; así mismo, ella utiliza el conocimiento experto para socavar el argumento de que la esterilización sea recomendada en la práctica de la enfermería en caso de un diagnóstico de cáncer. Aunque la consulta de enfermería se enfoca en los riesgos del embarazo, también hay lugar a la construcción negociada de acuerdos con la mujer en cuanto a métodos de planificación de escogencia (Tabla 1).

b) Interacciones colaborativas: Una nunca sabe.

Las enfermeras expresaron tener en cuenta el entendimiento de las mujeres mientras las asistían y su deseo de apoyarlas por medio de relaciones empáticas. Las enfermeras juegan un rol importante en interacciones debido a que, a pesar de proveer información y recomendaciones a las mujeres sobre la toma de decisiones sobre su sexualidad y reproducción, tienen un rol de contención emocional, causando interacciones caracterizadas por apreciación, aprobación, explicación, ejemplificación, comparación, repetición y risas compartidas. Este código se ilustra en los fragmentos 1 y 2. En el fragmento 2 la enfermera escucha la experiencia de una mujer de 32 años, casada, con dos hijos, profesional y diagnosticada con cáncer de seno. La enfermera aprecia y tiene en cuenta el conocimiento experiencial de la mujer que llega a la consulta (Tabla 1).

En el fragmento 2, la mujer describe su récord reproductivo e historia de contracepción, atribuyéndole la aparición de los síntomas del cáncer al uso de los métodos con hormonas, tales como la píldora. Al asegurar “una nunca sabe”, la enfermera ni niega ni afirma la causalidad y colabora con la mujer en reforzar la sospecha de tal asociación, dando ejemplos de otras mujeres que expresan la misma experiencia durante la consulta. Así, la enfermera adopta una actitud empática que ejemplifica uno de los principios de las prácticas de cuidado de la enfermería. El conocimiento de la mujer, su propia experiencia y significado dado a las “corazonadas” e “intuiciones” generan una negociación que llevan al rechazo de los métodos con hormonas dentro de las opciones de la contracepción.

c) Negociando la autoridad: Debemos pensar sobre esto.

Existen expresiones de conciliación que validan alternativas sobre lo que dice la enfermera y el conocimiento experto. Cada mujer tiene la autoridad de hablar sobre asuntos relacionados con la salud y su deseo. La enfermera negocia su autoridad cognitiva, indicando las consecuencias de no seguir su consejo. Así mismo, ella menciona las implicaciones de los métodos de anticoncepción, enfatizando que es importante continuar utilizándolos durante el tratamiento.

En el fragmento 2, la enfermera pregunta sobre el uso exclusivo del profiláctico de látex e introduce su censura. La mujer se ve en la necesidad de justificar por qué no utiliza otros métodos. En su justificación aparece la

autoridad médica del oncólogo. La profesional de enfermería reconoce la autoridad de otros profesionales. La autoridad prohíbe los métodos con hormonas porque tiene cáncer de células receptoras de estrógenos y progestágenos. Corazonadas, intuiciones, la experiencia con los métodos con hormonas y las opiniones de los miembros de la familia hacen parte de la negociación con la autoridad del conocimiento experto de la enfermera.

Tabla 1. Fragmentos de las consejerías que ejemplifican la categoría: Construcción conjunta del conocimiento

Fragmento 1: Diálogo con expertos
<p>Enfermera (E): ¿Qué es lo importante? No tenerlo cuando estás en tratamiento. ¿Para qué es? Más que todo para preservar la vida de la paciente, porque ya, por ejemplo, un embarazo son nueve meses que no vas a recibir tratamiento.</p> <p>Paciente (P): Sí</p> <p>E: Son nueve meses, nueve meses, casi un año que no te van a poder hacer nada, entonces puedes tener tú bebe y después ya está más avanzada la enfermedad. Entonces, por eso es que nosotros vamos como encaminados a que durante tu tratamiento no vayas a quedar embarazada, pero ya después sí, sí se puede.</p> <p>P: Yo la verdad, o sea, que yo diga “no, definitivamente no, es que no voy a tener hijos”, no lo he decidido.</p> <p>E: No, no, uno no puede..., exactamente.</p> <p>P: Pero tampoco es que diga “sí, tengo que tener un hijo”. O, no, no sé. (Risas).</p>
Fragmento 2: Interacciones colaborativas y negociación de autoridad
<p>E: Existen muchos métodos de planificación, ¿no te gustan los métodos anticonceptivos?, ¿solamente usas, siempre has usado preservativo?</p> <p>P: Lo que pasa es que el doctor me dijo que yo no podía utilizar nada hormonal.</p> <p>E: Ah, ok.</p> <p>P: Fue el oncólogo.</p> <p>E: Ah, ah, exacto.</p> <p>P: Ellos me dijeron que, el día que me leyeron el tema de la cirugía, me dijeron que yo no podía tener ningún elemento, o sea, nada de planificación que tuviera hormonas, porque mi cáncer es 100% hormonal, es 80% estrógenos.</p> <p>E: Sí.</p> <p>P: 10% progesterona o ¿20%? Es decir, ahí dan los valores, mejor dicho 80 y 20, con esas dos hormonas. Entonces ellos dicen que yo no puedo utilizar nada que sea hormonal.</p> <p>E: Ok. Sí, imagínate, porque si de pronto eso fue lo que te..., ¿antes lo habías usado?</p> <p>P: No, pues mira que es raro...</p> <p>E: Sí...</p> <p>P: Pero mira que ahora que lo pienso yo nunca había planificado con nada hormonal. Eso que el instinto de uno... Uno a veces debería hacerle caso a los instintos que uno tiene.</p> <p>E: Sí, exacto.</p> <p>P: Esas corazonadas. A mí mis primas me decían “que planifique con”, y yo nunca. Siempre sentí esa corazonada de que lo hormonal no.</p> <p>E: Tú decías que no.</p> <p>P: No nada, tuve mi primer bebé y yo no planificaba con nada.</p> <p>E: Con nada.</p> <p>P: El primer bebé fue planeado. Después de que mi bebé tenía año y medio, casi dos años, yo empecé a planificar y compré unas pastas que se llamaban XYZ^[a]...</p> <p>E: Sí.</p> <p>P: Hormonales.</p> <p>E: Sí</p> <p>P: Y me las empecé a tomar una diaria</p> <p>E: Ah entonces...</p> <p>P: Y después de eso quedé embarazada, fue increíble, yo me tomé esas pastas y a los dos meses quedé embarazada, fue como si eso me hubiera activado y al momento fue que empecé a presentar cáncer, al año, entonces no sé si de pronto eso tuvo que ver.</p> <p>E: Pues yo no sé, pero sí, varias pacientes que han venido han comentado eso, por ejemplo, sobre el implante subdérmico^[b], y después de utilizar algún método hormonal empiezan a presentar síntomas.</p> <p>P: ¡Sí, sí!</p> <p>E: Entonces deberíamos relacionarlo con eso.</p> <p>P: Sí.</p> <p>E: Uno nunca sabe.</p>

^[a] El nombre comercial del producto farmacéutico de anticoncepción hormonal ha sido anonimizado. ^[b] El nombre comercial del implante subdérmico ha sido omitido y reemplazado por “implante subdérmico”

2. Empoderamiento

Esta categoría describe el momento cuando la paciente decide actuar por sí misma al activar un proceso de subjetivación (empoderamiento); pero también, cuando la sujeción ocurre con respecto a lo que la enfermera le dice, y ella parece simplemente obedecer o permanecer pasiva. Este es el dilema entre decisión y determinación en contextos de incertidumbre³⁵. Específicamente, este proceso de subjetivación se expresa en las negociaciones que tienen que ver con la escogencia de los métodos anticonceptivos de acuerdo con las necesidades de la mujer y el proceso de toma de decisiones.

a) Las necesidades de las mujeres: Quería ahorrar tiempo.

Las mujeres y enfermeras expresaron las siguientes necesidades: tanto el deseo de tener hijos por algunas mujeres, como de aplazar la maternidad por parte de otras, los efectos colaterales de la radioterapias en la pareja y su sexualidad, la salud tanto de la mujer como el feto en el embarazo durante el tratamiento, anticoncepción, prevención de enfermedades de transmisión sexual, autocuidado, cambios en el cuerpo, autoimagen, autoestima, apoyo de la familia, espiritualidad y los compromisos de la vida. En cuanto al contacto con las instituciones y con el personal de salud se mencionaron necesidades de cuidado de enfermería específicos, educación e información sobre la enfermedad y el tratamiento, atención por equipos interdisciplinarios, asesoría sobre trámites en el sistema de salud e intermediación de enfermería para la obtención de órdenes médicas o preguntas específicas a otros miembros del equipo de salud.

El fragmento 3 ilustra la conversación con una mujer de 31 años, soltera, dos hijos, diagnosticada con un tumor endocrino, que se adhiere a la prescripción médica a pesar de sus deseos. La enfermera reitera la importancia de cumplir con las indicaciones del médico y propone alternativas de anticoncepción utilizando el rotafolio, enfatizando la efectividad de los métodos. Sin embargo, se abre a la negociación cuando escucha las necesidades de anticoncepción de la paciente y la orienta sobre los beneficios de su tratamiento. (**Tabla 2**).

b) Toma de decisiones: Como mujer, eres tú quien pone los límites.

Las enfermeras proveen una orientación para la toma de decisión de las mujeres sobre los métodos de anticoncepción. Se destaca una negociación entre los métodos que la mujer había considerado previamente y las opciones que presenta la enfermera. Algunas consideraciones fueron alrededor de las prescripciones médicas, la participación de la pareja en la escogencia de los métodos anticonceptivos y la paridad. Las principales preocupaciones de las mujeres sobre las decisiones estuvieron relacionadas con una pronta escogencia del método para no quedar sin protección. Aunque en algunas oportunidades las decisiones fueron consensuadas, en otras ocasiones las recomendaciones del personal de salud prevalecieron, o no se tomaron decisiones durante la consulta.

El fragmento 4 ilustra la conversación con una mujer de 47 años, soltera, con tres hijos, educación elemental, diagnosticada con cáncer de seno. La consideración del número de hijos evaluada como deseable se relaciona con las implicaciones que esta decisión pueda tener en el curso del tratamiento. La negociación comienza con una micro-historia de otra paciente; lo que le permitió a la enfermera ejemplificar consecuencias de falta de planificación durante el tratamiento. Concluyen lo inapropiado que sería tener varios hijos durante el tratamiento y que la mujer es quien debería decidir sobre su salud sexual y reproductiva (**Tabla 2**).

Tabla 2. Fragmentos de las consejerías que ejemplifican la categoría: Empoderamiento

Fragmento 3: Necesidades de las mujeres
<p>P: Sí, yo estaba haciendo también el trámite para quitarme el dispositivo intrauterino. E: Y ponerte el del brazo. P: Sí, ponerme el del brazo y retirarme el dispositivo intrauterino. E: Mmm... P: Pero el ginecólogo me dijo que no, que tenía primero que quitarme el dispositivo intrauterino. E: Sí, y después sí. P: Y luego el del brazo, y yo: "Ay, quería ganar tiempo y no quedar sin método". (Risas) (...) E: El anillo vaginal, anillo flexible transparente que se coloca dentro de la vagina por tres semanas seguidas y descansando una semana tiene el 99% de efectividad. Este me parece chévere, pues mientras tú te decides, mientras te retiran ese y te colocan uno nuevo, pues puedes usar el anillo. P: Sí. E: O también puedes usar el condón, dice que el 82% de efectividad y previene infecciones de transmisión sexual y también el embarazo. Entonces, como el médico no te quiere ordenar el hormonal, yo creo que te irías por uno de estos dos. P: Sí. E: El anillo o el condón, mientras te colocan nuevamente el dispositivo intrauterino. Pues como te ha funcionado, entonces yo te recomendaría ese también. Pero entonces sí toca esperar los seis meses que el médico te dijo. P: Gracias.</p>
Fragmento 4: Toma de decisiones
<p>E: Imagínese que hoy llamé una paciente que no pudo venir porque no tenía quién la trajera. P: Sí. E: Ya con cinco niños, la paciente ya casi de 50 años, tenía esposo, no está planificando, ya tiene un niño de un año. Y le pregunto "¿ya está utilizando algún método?", ella me respondió: "No". "Dios mío, yo no sé usted qué está esperando, ¿por qué no viene?", "No, es que no tengo quién me lleve porque yo necesito ayuda, porque yo no me puedo transportar sola". ¡Imagínese! Yo me quedé pensando en esa señora. P: Ah... eso sí es duro. E: Sí. P: Es duro. Pero eso va en uno de mujer, es que uno de mujer tiene que ser uno el que dice: "bueno hasta acá". E: Hasta aquí, exacto. P: Mi aparato reproductivo lo manejo yo. E: Claro. P: Sí, porque uno de mujer con cinco hijos, con una enfermedad, haciéndose un tratamiento, y todavía pensando en embarazarse. E: Exacto, que de pronto venga otro hijo. P: No, eso no es pensar en el bien. E: No, ni en sus hijos tampoco.</p>

Discusión

Los resultados evidencian que, durante la consejería en anticoncepción, la enfermera, a partir de su conocimiento experto y la mujer, con el conocimiento basado en su experiencia, realizan procesos de negociación que les permiten la construcción conjunta del saber y el empoderamiento en torno a las prácticas en salud sexual y reproductiva, dentro de los límites y posibilidades de la conversación construidos por ellas, bajo la guía de la enfermera, mostrando respeto por los saberes de las mujeres lo que les permitió validar alternativas a su propio saber experto y también dio lugar a que las mujeres propusieran otros temas que van más allá de evitar el embarazo y mencionaran sus necesidades en el área de salud. De este modo, fue posible describir no sólo la autoridad cognitiva de las profesionales de enfermería durante la consejería, sino, además, el empoderamiento de las mujeres sobre su sexualidad y tratamiento oncológico.

Los hallazgos generales son similares a lo descrito por la literatura sobre encuentros en el cuidado de la salud, en cuanto a la función directiva de las preguntas por parte de los profesionales y al uso de microhistorias por parte de los pacientes para construir su identidad³⁶.

Sin embargo, los resultados del presente estudio se distancian de lecturas asimétricas de las interacciones que asumen que en todo contexto clínico el rol de los pacientes será pasivo²³.

En cuanto a la construcción conjunta de conocimiento, desde la perspectiva de los estudios sociales de ciencia y tecnología³³, se toma como fundamento el principio de simetría, de forma tal que se considera que las mujeres con cáncer poseen experticia en experiencia y por tanto son co-productoras del saber en interacción con la enfermera experta en oncología. Desde la perspectiva del cuidado culturalmente congruente, propuesto por la teórica de enfermería Madeleine Leininger, y ratificado por la revisión sistemática integrativa de estudios originales publicados del 2000-2019³⁶, la enfermera debe conocer los valores y creencias culturales de las personas, y utilizar este conocimiento para brindar un cuidado integral. Esto implica el desarrollo de un diálogo horizontal con la persona que se cuida. En el presente estudio, la consejería tiene un enfoque vertical dado que la enfermera se debe ceñir a protocolos institucionales que le indican información estructurada que es preciso brindar a la paciente sobre su sexualidad y prevención. Sin embargo, la enfermera promueve un enfoque horizontal cuando facilita un espacio de escucha, de expresión de sentimientos y reconoce el conocimiento experiencial de las mujeres y sus creencias respecto a la salud sexual y a su tratamiento oncológico, además de identificar que es necesario asegurar una toma de decisiones informada³⁶.

Las negociaciones entre enfermeras y mujeres dieron cuenta de la interacción y dinámica de los encuentros. La negociación del rol en enfermería implica construcción de relaciones, posicionarse diferente y aprovechar oportunidades en la consulta³⁷. Las enfermeras interactúan con los pacientes de acuerdo con sus conceptualizaciones de la práctica de enfermería sensible a sus necesidades, lo que incluye acomodar valores, creencias, expectativas y normas organizacionales preexistentes³⁷.

Una de las categorías que emergió de forma importante durante las consultas de consejería fue el empoderamiento de las mujeres, proceso apoyado por la enfermera. Esto coincide con lo reportado por otros autores quienes identificaron que el involucramiento de las pacientes en la toma de decisiones mejora el valor de su propio cuidado y fomenta el auto empoderamiento, relacionado con la habilidad para enfocarse en el futuro, tener actitudes positivas y sentido del humor. Como parte de la atención centrada en el paciente, el empoderamiento promueve su autoeficacia y participación en la toma de decisiones, por ello el discurso de empoderamiento debe hacer parte de la interacción en las consultas³⁸.

En contraste con lo reportado por el estudio de Boban et al.³⁹, respecto a la atención brindada por los oncólogos, quienes daban escasa información sobre alternativas de tratamiento, y que en consecuencia las mujeres reportaran sentirse poco incluidas en el proceso, en nuestro estudio se encontró que las enfermeras daban opciones de métodos de anticoncepción a las pacientes.

Otro de los aspectos relevantes en relación con el empoderamiento fue el dilema entre toma de decisiones y determinación en el contexto de la consejería, proceso que puede ser entendido en términos del conflicto entre emoción y razón. Al respecto, los estudios reportan que el encuentro de los pacientes con cáncer y el personal de salud los enfrenta a decisiones difíciles lo que hace necesario que en las consultas se evalúe la capacidad de toma de decisiones pues el personal de salud a menudo asume mayor capacidad de decisión que las pacientes⁴⁰. Es importante tener en cuenta los valores de las mujeres y sus puntos de vista, para la elección o mantenimiento de un método de planificación y otros aspectos como⁴¹: educación en salud, componente interactivo para el aprendizaje, criterios de elegibilidad, pantalla interactiva de selección de métodos para comparar los métodos y sopesar sus características, y espacio donde los pacientes puedan consignar preguntas para el profesional²³. Durante la consejería a mujeres en tratamiento de cáncer, es fundamental resaltar la importancia de elegir un método anticonceptivo si están en edad reproductiva. Además, deben considerarse las preocupaciones culturales y psicosociales que pueden influir en la decisión de planificación. Entre estas, se encuentran el desconocimiento del riesgo de embarazo al mantener una vida sexual activa⁴², la preocupación por los efectos secundarios de los anticonceptivos⁴³, el deseo de mantener la fertilidad después del tratamiento⁴⁴, y otros temores infundados, como los defectos de nacimiento, la disminución del deseo sexual, la desaprobación de la pareja o familiares. A nivel organizativo, también deben abordarse las dificultades de acceso a servicios de salud sexual y reproductiva y la falta de disponibilidad de los métodos anticonceptivos deseados⁴⁵.

Los efectos en la sexualidad de la radioterapia, es otra necesidad mencionada por las participantes, se reporta que la ausencia de información y asesoría sobre la función y actividad sexual se asocia con efectos negativos para la vida sexual de las pacientes, como por ejemplo la disminución de la actividad sexual y cambios vaginales¹³. Por lo tanto, mejorar la comunicación sobre las preocupaciones sexuales en esta población debería ser una prioridad en la atención⁴⁶.

Con respecto a las necesidades de anticoncepción expresadas por las pacientes, se ha reportado que las intenciones reproductivas de las mujeres sobrevivientes de cáncer parecen estar relacionadas con la edad reproductiva, orientación sexual, momento vital y preocupaciones sobre el riesgo de sus hijos frente a la enfermedad, por lo que se requiere atención reproductiva, incluida la anticoncepción, para apoyar las decisiones de las mujeres en torno a la maternidad. Se afirma que el personal de salud debería conocer la forma en que los tratamientos contra el cáncer impactan la fertilidad y las opciones para preservarla⁴⁷.

Así mismo, las participantes mencionaron necesidades, psicosociales referidas a autocuidado, cambios corporales, autoimagen, autoestima, apoyo familiar, espiritualidad y compromiso de vida, lo que coincide con estudios previos⁴⁸ donde el rol de enfermería en las consejerías es central para abordar y brindar apoyo frente a los problemas psicosociales y sexuales singulares de la paciente y su familia, así como facilitar el contacto con las instituciones en el continuo del cuidado de la salud, acortando los tiempos, aumentando las tasas de finalización de los tratamientos y la satisfacción de los pacientes.

Los resultados del estudio son útiles para generar conocimiento sobre la formulación de estrategias que favorezcan una atención participativa, íntima y dialógica centrada en las mujeres. Los hallazgos presentados aportan conocimientos sobre las interacciones entre los profesionales de enfermería y las mujeres con enfermedad oncológica, y sobre las prácticas de salud sexual y reproductiva, que no se limitan a la anticoncepción y la preservación de la fertilidad. Esta investigación proporciona información sobre la amplitud de cuestiones que surgen durante el asesoramiento relacionado con las necesidades de las mujeres, así como sobre la visión simétrica de las relaciones de poder entre la experiencia de los profesionales de la salud y las pacientes, algo no explorado previamente en la literatura de enfermería oncológica, y que exige una comunicación más dialógica.

Como limitaciones del estudio se identificó que los resultados se restringen a las características de la población y al contexto institucional específico donde la información fue recolectada. Por lo tanto, los resultados pueden diferir de otros contextos particulares. En particular, las mujeres tratadas por la institución de salud donde toma lugar este estudio vienen de niveles socioeconómicos medios y bajos y reciben su cuidado en una institución de salud de alta complejidad localizada en la capital del país. Esto puede hacer que se encuentren otros resultados en otros contextos.

Conclusiones

En conclusión, el análisis de las consejerías permitió describir las negociaciones en torno a la anticoncepción de mujeres con cáncer, donde de forma relevante tuvo lugar la construcción conjunta del conocimiento y empoderamiento de las mujeres. La enfermera mantuvo una comunicación con la paciente desde dos enfoques, uno vertical en el cual sigue un protocolo institucional y uno horizontal en el cual mantiene una escucha activa, permitiendo la expresión de sentimientos por parte de la paciente. El empoderamiento que promueve la enfermera en la paciente favorece autonomía para la toma de decisiones frente a su salud sexual y reproductiva a través de la educación para la salud, sin embargo, es necesario el fortalecimiento de estrategias más integrales y estructuradas alineadas a lo reportado por la literatura.

En cuanto a necesidades de las mujeres con cáncer se identificaron necesidades en general de todas las mujeres especialmente las relacionadas con la fertilidad, el disfrute de la sexualidad teniendo en cuenta las limitaciones propias del tratamiento de radioterapia y la navegación por el sistema de salud para asegurar la atención. En el contexto de la negociación durante el asesoramiento, tanto las enfermeras como los pacientes aceptan o reelaboran las prescripciones del conocimiento experto de manera estratégica.

El rol de enfermería incluyó soporte en la toma de decisiones, brindar información, dar apoyo emocional y reconocer el conocimiento experiencial de la mujer y sus necesidades. En ocasiones la consulta no condujo a la

toma de decisiones, sino sólo a la exploración de alternativas; en otros casos, prevaleció la indicación dada por el profesional.

Contribución de autores

MTP: Diseño del trabajo, formulación metodológica, sometimiento a comité de ética, ejecución del proyecto, redacción de informe final y escritura de artículo.

DCRL: Diseño del trabajo, formulación metodológica, sometimiento a comité de ética, ejecución del proyecto, redacción de informe final y escritura de artículo.

YBZ: Diseño del trabajo, formulación metodológica, sometimiento a comité de ética, ejecución del proyecto, redacción de informe final y escritura de artículo.

AFEA: Diseño del trabajo, formulación metodológica, sometimiento a comité de ética, ejecución del proyecto, redacción de informe final y escritura de artículo.

JRAC: Diseño del trabajo, formulación metodológica, sometimiento a comité de ética, ejecución del proyecto, redacción de informe final y escritura de artículo.

AIPA: Diseño del trabajo, sometimiento a comité de ética, ejecución del proyecto, coordinación del trabajo de campo y escritura de artículo.

Agradecimientos

Los autores agradecen a los fondos de investigación de las Universidad de los Andes, Pontificia Universidad Javeriana y Universidad del Rosario por la financiación que soportó el estudio; a la institución hospitalaria donde se realizó la investigación y a los pacientes que participaron en calidad de sujetos de investigación.

Consideraciones éticas

El estudio recibió aprobación del Comité de Investigación y Ética de la institución hospitalaria según Acta N° 0003-20. Las mujeres diligenciaron consentimiento informado. Las participantes se identificaron a través de códigos alfanuméricos para proteger su identidad.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no hay conflictos de intereses en relación con este texto científico.

Financiación

Proyectos de investigación conjuntos Universidad de los Andes, Universidad del Rosario y Pontificia Universidad Javeriana. Convocatoria 2019. Investigación para el logro de los ODS.

Referencias

1. Bray F, Laversanne M, Sung H, Ferlay J, Diegel R. Estadísticas mundiales de cáncer 2022: estimaciones de GLOBOCAN sobre la incidencia y la mortalidad en todo el mundo para 36 tipos de cáncer en 185 países. *American Cancer Society Journals*. 2024; 3: 229-263. doi: <https://dx.doi.org/10.3322/caac.21834>
2. Harris ML, Feyissa TR, Bowden NA, Gemzell K, Loxton D. Contraceptive use and contraceptive counselling interventions for women of reproductive age with cancer: a systematic review and meta-analysis. *BMC Med*. 2022; 20(1): 489. doi: <https://doi.org/10.1186/s12916-022-02690-w>

3. Bhatia S, Pappo AS, Acquazzino M, Allen-Rhoades WA, Barnett M, Borinstein SC, Casey R, et al. Adolescent and Young Adult (AYA) Oncology, Version 2.2024, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. *J Natl Compr Canc Netw*. 2023; 21(8): 851-880. doi: <https://doi.org/10.6004/jnccn.2023.0040>
4. Lakhdiissi A, Berrada N, Bellahammou K, Akkar O, Mustapha EK, Akla S, et al. A prospective study on contraceptives used by reproductive-aged patients with breast cancer and the assessment of information. *J Clin Oncol*. 2017; 35(5): doi: https://doi.org/10.1200/JCO.2017.35.5_suppl.173
5. Vaz-Luis I, Partridge AH. Exogenous reproductive hormone use in breast cancer survivors and previvors. *Nat Rev Clin Oncol*. 2018; 15(4): 249-261. doi: <https://doi.org/10.1038/nrclinonc.2017.207>
6. Massarotti C, Lo Monaco L, Scaruffi P, Sozzi F, Remorgida V, Cagnacci A, et al. Contraception in cancer survivors: insights from oncofertility follow-up visits. *Gynecol Endocrinol*. 2021; 37(2): 166-70. doi: <https://doi.org/10.1080/09513590.2020.1810658>
7. Instituto Nacional del Cáncer. Píldoras anticonceptivas y el riesgo de cáncer publicada originalmente por el Instituto Nacional del Cáncer. 2028. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/causas-prevencion/riesgo/hormonas/hoja-informativa-pildoras-anticonceptivas>
8. Münstedt, K., Grant, P., Woenckhaus, J. Roth g, Tinneberg HR. Cancer of the endometrium: current aspects of diagnostics and treatment. *World J Surg Onc*. 2004; 24(2). doi: <https://doi.org/10.1186/1477-7819-2-24>
9. Kabirian R, Franzoi MA, Havas J, Coutant C, Tredan o, Levy C, et al. Chemotherapy-related amenorrhea and quality of life among premenopausal women with breast cancer. *JAMA Netw Open*. 2023; 6(11): e2343910. doi: <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2023.43910>
10. Zhao H, Jin L, Li Y, Zhang C, Wang R, Li Y, et al. Oncofertility: What can we do from bench to bedside? *Cancer Lett*. 2019; 442: 148-60. doi: <https://dx.doi.org/10.1016/j.canlet.2018.10.023>
11. Martins J, Vaz AF, Grion RC, Costa L, Baccaro LF. Topical estrogen, testosterone, and vaginal dilator in the prevention of vaginal stenosis after radiotherapy in women with cervical cancer: a randomized clinical trial. *BMC Cancer*. 2021; 21. doi: <https://doi.org/10.1186/s12885-021-08274-w>
12. Britton L. Unintended Pregnancy: A Systematic review of contraception use and counseling in women with cancer. *Clin J Oncol Nurs*. 2017; 21(2): 189-96. doi: <https://dx.doi.org/10.1188/17.CJON.189-196>
13. Beesley VL, Alemayehu C, Webb PM. A systematic literature review of trials of survivorship interventions for women with gynaecological cancer and their caregivers. *Eur J Cancer Care*. 2019; 28(3). doi: <https://dx.doi.org/10.1111/ecc.13057>
14. Ussher JM, Cummings J, Dryden A, Perz J. Talking about fertility in the context of cancer: health care professional perspectives. *Eur J Cancer Care*. 2016; 25(1): 99-111. doi: <https://dx.doi.org/10.1111/ecc.12379>
15. Vadaparampil ST, Gwede CK, Meade C, Kelvin J, Reich RR, Reinecke J, et al. ENRICH: A promising oncology nurse training program to implement ASCO clinical practice guidelines on fertility for AYA cancer patients. *Patient Educ Couns*. 2016; 99(11): 1907-10. doi: <https://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2016.05.013>
16. Salazar A, Martínez C. Un sobrevuelo por algunas teorías donde la interacción enfermera-paciente es el núcleo del cuidado. *Avances en Enfermería*. 2008; 26(2): 107-115. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-45002008000200012&lng=es
17. Durán MM. La teoría, soporte de la ciencia y práctica de enfermería: tendencias. *Avances en Enfermería*. 2012; 30(1). Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-45002012000100001&lng=en

18. Marques de Sousa M, Farias Almeida T de C, Da Costa Andrade SS, André Gouveia B de L, Dos Santos Oliveira SH. Teoría de la acción racional y sus características en investigaciones en la enfermería. *Enferm Glob*. 2018; 17(3): 575-612. doi: <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.17.3.305911>
19. Albers LF, Palacios LAG, Pelger RCM, Elzevier HW. Can the provision of sexual healthcare for oncology patients be improved? A literature review of educational interventions for healthcare professionals. *Journal of Cancer Survivorship: Research and Practice*. 2020; 14(6): 858–866. doi: <https://doi.org/10.1007/s11764-020-00898-4>
20. Tung TH, Chen HW, Chou HH, Tsai JL, Yang YC, & Lee JT. Does a one-session sexual health education program improve sexual confidence in patients with cervical cancer? A transtheoretical model-based clinical study. *Archives of Gynecology and Obstetrics*. 2024; 309(1): 249–258. doi: <https://doi-org.ezproxy.unbosque.edu.co/10.1007/s00404-023-07141-2>
21. Lubi K, Sildver K, Sokolova D, Savicka V, Nool I, Mets-Oja S, et al. Existing health practices in shaping the decision to participate during breast cancer screening among 50–69 years old women in Estonia. *SAGE Open Nurs*. 2022; 8:1-7. doi: <https://doi.org/10.1177/23779608221124293>
22. Ministro de Salud y Protección Social. Resolución 3280 de 2018: por la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal y se establecen las directrices para su operación. *Diario Oficial No. 50674 ago 2, 2018*. <https://www.suin-juriscol.gov.co/viewDocument.asp?ruta=Resolucion/30039995>
23. Soto Arroyave SI. Competencias del profesional de enfermería para el cuidado a pacientes con cáncer en Medellín - Colombia [Tesis de maestría]. [Medellín]: Universidad de Antioquia; 2018. Disponible en: <https://bibliotecadigital.udea.edu.co/handle/10495/11250>
24. Trihastuti N, Putri SA, Widjanarko B. The impact of asymmetric information in medical services: a study in progressive law. *Syst Rev Pharm*. 2020; 11(12): 850-5. doi: <https://doi.org/10.31838/srp.2020.5.124>
25. Biehl J. VITA. Life in a Zone of Social Abandonment. 2005. Berkeley University Press.
26. La-O-Jiménez Y, Camue-Torres VI. Empoderamiento, una herramienta en el desempeño profesional de Enfermería en la promoción y prevención de salud. *Rev Cuba Enferm*. 2023; 39(1). Disponible en: <https://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/5441>
27. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care J Int Soc Qual Health Care*. 2007; 19(6): 349-57. doi: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>
28. Ministerio de Salud y Protección Social. Manual metodológico para la elaboración e implementación de las RIAS. MINSALUD; 2016. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/Manual-metodologico-rias.pdf>
29. Ministerio de Salud y Protección Social, Profamilia, Organización Internacional para las Migraciones - OIM, Fondo de Población de las Naciones Unidas - UNFPA. Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos; 2014. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/LIBRO%20POLITICA%20SEXUAL%20SEPT%2010.pdf>
30. Hernández-Sampieri R, Mendoza Torres CP. Metodología de la investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. McGraw-Hill Education; 2018.
31. Saunders B, Sim J, Kingstone T, Baker S, Waterfield J, Bartlam B, et al. Saturation in qualitative research: exploring its conceptualization and operationalization. *Qual Quant*. 2018; 52(4): 1893-907. doi: <https://dx.doi.org/10.1007/s1135-017-0574-8>

32. Schreier M. Qualitative Content Analysis. En: Flick U, editor. The SAGE Handbook of Qualitative Data Analysis. London: SAGE Publications, Inc.; 2014. <https://doi.org/10.4135/9781446282243.n12>
33. Collins HM, Evans R. The third wave of science studies: studies of expertise and experience. *Soc Stud Sci.* 2002; 32(2): 235-96. doi: <https://doi.org/10.1177/0306312702032002003>
34. Korstjens I, Moser A. Series: Practical guidance to qualitative research. Part 4: Trustworthiness and publishing. *Eur J Gen Pract.* 2018; 24(1): 120-4. doi: <https://doi.org/10.1080/13814788.2017.1375092>
35. Faubion J. Toward an anthropology of ethics: Foucault and the pedagogies of autopoiesis. *Representations.* 2001; 74(1): 83-104. doi: <https://doi.org/10.1525/rep.2001.74.1.83>
36. Ainsworth-Vaughn N. *Claiming Power in Doctor-Patient Talk.* Oxford, New York: Oxford University Press; 1998. doi: <https://doi.org/10.1093/oso/9780195096064.001.0001>
36. Agrazal García J, McLaughlin de Anderson MM, Gordón de Isaacs L. Beneficios del cuidado de enfermería con congruencia cultural en el bienestar y satisfacción del paciente. *Rev Cuba Enferm.* 2022; 38(2). Disponible en: <https://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/4218>
37. Hewitt SL, Mills JE, Hoare KJ, Sheridan NF. The process of nurses' role negotiation in general practice: A grounded theory study. *J Adv Nurs.* 2023; 1-13. doi: <https://doi.org/10.1111/jan.15938>
38. Crawford T, Roger P, Candlin S. The interactional consequences of 'empowering discourse' in intercultural patient education. *Patient Educ Couns.* 2017; 100(3): 495-500. doi: <https://doi.org/10.1016/j.pec.2016.09.017>
39. Get rights and content 39. Boban S, Downs J, Codde J, Cohen PA, Bulsara C. Women diagnosed with ovarian cancer: patient and carer experiences and perspectives. *Patient Relat Outcome Meas.* 2021; 12: 33-43. doi: <https://dx.doi.org/10.2147/PROM.S272688>
40. McFarland DC, Blackler L, Hlubocky FJ, Saracino R, Masciale J, Chin M, et al. Decisional capacity determination in patients with cancer. *Oncol Williston Park N.* 2020; 34(6): 203-10. Disponible en: <https://www.cancernet-work.com/view/decisional-capacity-determination-in-patients-with-cancer>
41. Holt K, Kimport K, Kuppermann M, Fitzpatrick J, Steinauer J, Dehlendorf C. Patient-provider communication before and after implementation of the contraceptive decision support tool My Birth Control. *Patient Educ Couns.* 2020; 103(2): 315-20. doi: <https://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2019.09.003>
42. Castro-Sánchez A, Martínez-Cannon B, Platas A, Mohar A, Fonseca A, Vega Y et al. Suboptimal use of effective contraceptive methods in young Mexican women with breast cancer. *Journal of Global Oncology.* 2018; 4,1-7. doi: <https://dx.doi.org/10.1200/JGO.18.00064>
43. Gutiérrez-Crespo H, Huaman-Carhuas L, Cehua-Alvarez EA, Matzumura-Kasano JP, Valdeiglesias-Ochoa D. Adherencia y barreras en el uso de anticonceptivos en mujeres adultas jóvenes atendidas en establecimientos de salud del primer nivel de atención, Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Publica.* 2019; 36(1): 61-68. doi: <https://dx.doi.org/10.52379/mcs.v7i2.283>
44. Silva S, Boer R, Cruz L, Gozzo T. Fertility and contraception in women with cancer treatment undergoing chemotherapy. *Escola Anna Nery.* 2021; 25(1). doi: <https://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2019-0374>
45. Rivera-Galvan A, Ortega-Jiménez MC, García-Campos ML, Ramírez-Gómez XS. Barreras percibidas para el uso de métodos anticonceptivos por mujeres en edad fértil: revisión integrativa. *Rev. Iberoam. Educ. Investi. Enferm.* 2022; 12(1): 27-38. Disponible en: <https://www.researchgate.net/publication/361486173>

46. Black KZ, Eng E, Schaal JC, Johnson LS, Nichols HB, Ellis KR, et al. The other side of through: young breast cancer survivors' spectrum of sexual and reproductive health needs. *Qual Health Res.* 2020; 30(13): 2019-32. doi: <https://dx.doi.org/10.1177/1049732320929649>
47. Coccia PF, Pappo AS, Beupin L, Borges VF, Borinstein SC, Chugh R, et al. Adolescent and young adult oncology, Version 2.2018, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. *J Natl Compr Canc Netw.* 2018; 16(1): 66-97. doi: <https://dx.doi.org/10.6004/jnccn.2018.0001>
48. Johnson RH, Anders CK, Litton JK, Ruddy KJ, Bleyer A. Breast cancer in adolescents and young adults. *Pediatr Blood Cancer.* 2018; 65(12): e27397. doi: <https://dx.doi.org/10.1002/pbc.27397>