

# Conocimientos, prácticas y barreras comunicacionales de médicos oncólogos en Chile para el abordaje de la sexualidad de sus pacientes

**Título abreviado:** Abordaje de la sexualidad por médicos oncólogos

Daniela Paz Rojas Miranda<sup>1§</sup>; Constanza Micolich V<sup>2</sup>; Karen Goset<sup>3</sup>;  
y Sofía P. Salas<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Docente, Unidad de Posgrado, Facultad de Psicología. Universidad Diego Portales. Santiago, Chile

<sup>2</sup>Cuidados Paliativos Hospital Carlos Van Buren, Valparaíso, Chile

<sup>3</sup>Centro de Bioética, Facultad de Medicina, Clínica Alemana-Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile

§ Autor correspondiente

Autoras declaran no tener conflictos de interés financieros o no financieros

Direcciones de correo electrónico:

DPRM: [danirojasm@hotmail.com](mailto:danirojasm@hotmail.com) tel: + 569 9239 7073

CMV: [conimi@gmail.com](mailto:conimi@gmail.com) tel: + 569 9489 8759

KG: [k.goset@udd.cl](mailto:k.goset@udd.cl) tel: + 569 9533 3370

SPS: [sofiasalas@udd.cl](mailto:sofiasalas@udd.cl) tel: +569 9824 4940

## Resumen

**Introducción:** La comunicación en la relación clínica constituye un aspecto crucial en medicina, albergando en sus múltiples dimensiones un gran abanico de problemas éticos. La comunicación es particularmente relevante en oncología, ya que exige el abordaje permanente de temáticas sensibles en uno de los contextos de mayor vulnerabilidad humana: la enfermedad y la cercanía con la muerte. La sexualidad es una de estas temáticas, ya que constituye una dimensión que se ve muy frecuentemente afectada como efecto del cáncer y sus tratamientos, pudiendo causar angustia significativa, refuerzo de una autoimagen negativa, conflictos relacionales y un recuerdo permanente de la experiencia del cáncer. El objetivo de esta investigación es describir la percepción respecto del conocimiento y prácticas comunicacionales que tienen las/los médicos oncólogos con respecto a la salud sexual en la atención de sus pacientes, así como también las barreras que identifican para su enfrentamiento.

**Métodos:** Se realizó un estudio exploratorio, cuantitativo, descriptivo, y de corte transversal, en el que se aplicó un cuestionario autoadministrado a médicos oncólogos que ejercen en Chile. Este cuestionario tenía 41 preguntas cerradas con respuestas en escala de Likert y fue validado previamente mediante revisión y aplicación a un grupo piloto de cinco profesionales (un médico experto en bioética y cuatro médicos del área de la oncología). Los datos fueron analizados con el programa SPSS v20, utilizando estadística descriptiva.

**Resultados:** Los principales resultados muestran que los médicos encuestados tienen una alta valoración de la sexualidad como parte de la calidad de vida de los pacientes. No obstante, este dato no se condice con las prácticas declaradas para incluirla como parte de la atención clínica. Los profesionales refieren como principales barreras aquellas que se atribuyen al funcionamiento estructural de la institución, dando escaso valor a aquellas barreras relacionadas con aspectos personales y a las barreras asociadas a características y/o comportamientos de los pacientes.

**Conclusión:** Los resultados de este trabajo muestran que, a pesar de que los médicos oncólogos valoran la sexualidad como aspecto importante en la calidad de vida de sus

pacientes, no incluyen este tema en la atención clínica. Dado que una de las principales barreras son aquellas relacionadas con la institución, es necesario la creación de políticas institucionales que provean de las condiciones necesarias para que esta dimensión sea incluida como parte relevante del cuidado de la persona con cáncer.

**Keywords:** Clinical ethics; Sexuality; Quality of Health Care; Communication Barriers; Cancer

## Introducción

Según los datos otorgados por la Organización Mundial de la Salud (OMS), el cáncer es la principal causa de muerte a nivel mundial. Se estima que en el año 2020 hubo 20 millones de nuevos casos de cáncer y alrededor de 10 millones de muertes por esta causa[1]. A su vez, un reporte reciente de GLOBOCAN, con datos obtenidos de 185 países, estima que el riesgo global estimado de sufrir cáncer a lo largo de la vida, es de un 25%, con importantes diferencias según el grado de desarrollo humano[2]. En Chile, los últimos datos indican que en el año 2020 hubo 54.227 nuevos diagnósticos de cáncer y fallecieron 28.584 personas en el mismo período[3].

Con desafíos sanitarios crecientes, el cáncer y sus tratamientos continúan generando un profundo impacto multidimensional en las personas diagnosticadas y su entorno, afectando significativamente su calidad de vida, lo que exige un abordaje integral centrado en la persona del paciente. Una de las dimensiones con mayor impacto en la calidad de vida de las personas con cáncer es el de la sexualidad[4,5]. La OMS ha definido la sexualidad como un aspecto central del ser humano, que abarca el sexo, las identidades y los roles de género, la orientación sexual, el erotismo, el placer, la intimidad y la reproducción [6]. La sexualidad así entendida suele verse complicada, tanto por los aspectos físicos y psicológicos asociados al cáncer, como por los factores socioculturales que rodean a esta enfermedad[7].

A pesar de que existe consenso sobre la importancia de la salud sexual en la calidad de vida de las personas con cáncer [8–10], existe un escaso abordaje tanto en la literatura científica como en la práctica clínica respecto de este tema. Pacientes refieren que es un tópico prácticamente ausente en el contexto de la educación respecto a la enfermedad y que desearían que sus profesionales tratantes plantearan estas temáticas y les ofrecieran un asesoramiento adecuado[11–14,15,16,17]. Investigaciones develan que las principales barreras percibidas por los equipos de salud para abordar la sexualidad se relacionan con dificultades asociadas al funcionamiento de las instituciones sanitarias e ideas y

preconcepciones de los propios profesionales respecto a la relación entre la temática y el cáncer[12,18, 19–21].

En América Latina son escasos los estudios enfocados en los conocimientos y prácticas de profesionales de la salud para el abordaje de la sexualidad en el encuentro clínico[22]. Ante esta falta de información, consideramos relevante conocer cuáles son los conocimientos, las prácticas y las barreras comunicacionales que identifican los médicos oncólogos en Chile para el abordaje de la sexualidad en la atención clínica de sus pacientes.

## **Métodos**

### *Diseño e instrumento:*

Se realizó un estudio exploratorio, descriptivo, cuantitativo, de corte transversal, a través de un cuestionario autoaplicado dirigido a médicos oncólogos que ejercen en Chile [23].

Para fines prácticos, al hablar de los profesionales de la salud, se utilizará el pronombre masculino, considerando que en este estudio fueron la mayoría de la muestra, sin querer con esto desestimar que la gran mayoría de los profesionales de la salud son de género femenino.

Se diseñó un cuestionario de 41 preguntas cerradas, creado en la plataforma digital SurveyMonkey, en formato de Escala Likert, con 5 posibilidades de respuesta. Las preguntas fueron construidas a partir de la revisión de investigaciones internacionales, con objetivos y cuestionarios de similares características[19,24]. El instrumento consideró variables sociodemográficas y laborales, además de preguntas para evaluar el nivel de conocimiento autopercebido respecto a la sexualidad en el contexto de la enfermedad, las prácticas comunicacionales frecuentes relacionadas con la sexualidad de sus pacientes y las barreras identificadas para la inclusión de la salud sexual en el encuentro clínico [25,26]. Previo a su aplicación, el cuestionario fue revisado y aplicado a un grupo piloto de cinco profesionales (un médico experto en bioética y cuatro médicos del área de la oncología), quienes hicieron algunas sugerencias relativas a la redacción de algunas preguntas, cuyas correcciones fueron incluidas para el instrumento final.

Es importante destacar que no se utilizó un instrumento estandarizado, ya que según nuestra revisión no existen escalas validadas que aborden estas dimensiones en población latinoamericana.

#### *Población de estudio:*

El muestreo fue no probabilístico, por lo que no se buscó hacer inferencias estadísticas, y por conveniencia, para lo cual se contactó a los representantes de la Sociedad Chilena de Radioterapia y Sociedad Chilena de Oncología Médica, quienes distribuyeron la encuesta entre sus afiliados. Posteriormente, al estancarse el número de encuestas respondidas, se realizó un muestreo en cadena o por redes (efecto “bola de nieve”), identificando a participantes clave, a quienes se les solicitó que ampliaran la información entre sus contactos [23]. La encuesta estuvo abierta desde el 28 de septiembre del 2018 al 30 de noviembre del 2018.

#### *Análisis de los datos:*

Para realizar el análisis, se importó la base de datos desde SurveyMonkey, la que posteriormente fue depurada, incorporando sólo los casos en los cuales el cuestionario fue respondido en su totalidad. Los datos se analizaron con el paquete estadístico SPSS v.20, utilizando estadística de tipo descriptivo; dado el tamaño relativamente pequeño de la muestra, no se hicieron comparaciones por sexo, por especialidad, o por años de profesión, ni se realizaron conclusiones en base a su significación estadística. El propósito fue describir la distribución de la percepción de los profesionales, en las dimensiones exploradas por los ítems incluidos en la encuesta. Para facilitar el análisis de los resultados, se agruparon las respuestas “De acuerdo y muy de acuerdo” y también las “En desacuerdo y muy en desacuerdo”.

## **Resultados**

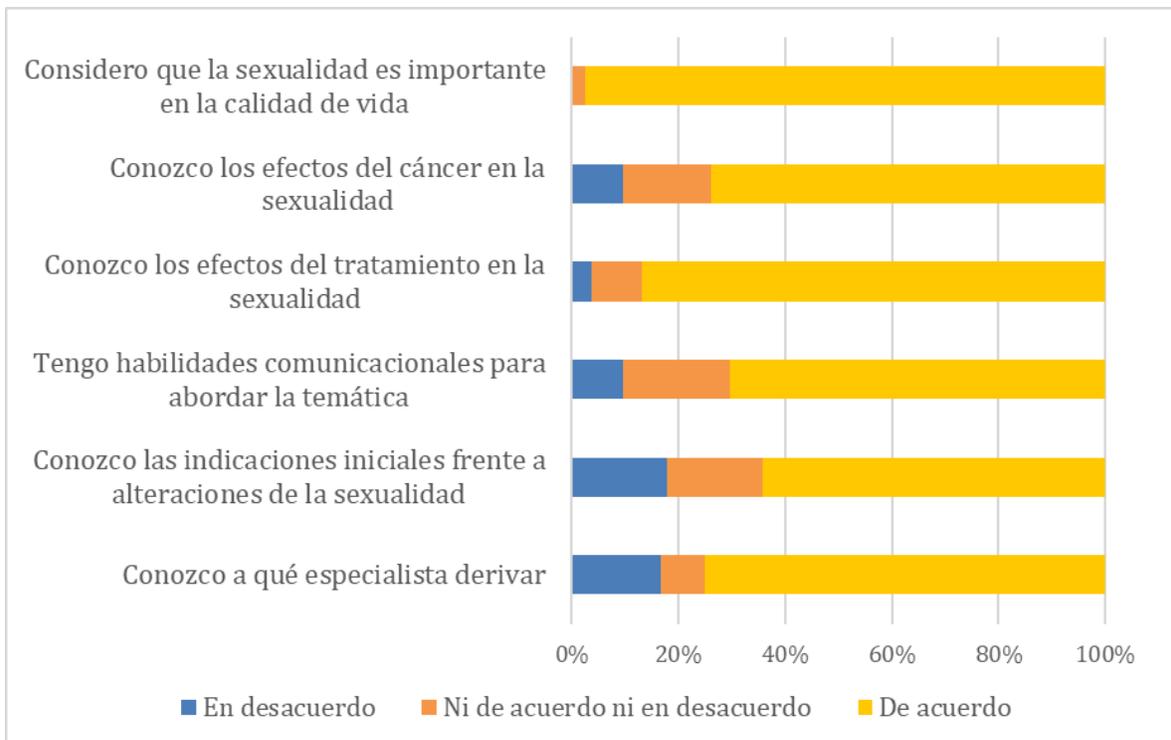
#### *Características demográficas de la muestra:*

Se obtuvo un total de 84 cuestionarios válidamente emitidos. Considerando que un total de 200 profesionales estaban afiliados a ambas Sociedades Científicas al momento de realizar el estudio, el porcentaje de respuestas obtenidas fue de un 42%. Cabe señalar que la distribución del sexo de los entrevistados coincide con la distribución de los médicos colegiados en el país (61.7% de varones)[27] y también con la proporción de varones en ambas sociedades (70% en oncología médica y 59% en radioterapia). La media de edad fue de 44 años (rango entre 29 y 74 años). Un 44% de los profesionales se desempeña en el sector privado, un 30% en el sector público y en el privado y un 22% lo hace sólo en el sector público (4% no responde); un 54% son radioterapeutas y 46% oncólogos médicos. Respecto de la experiencia profesional, un 30% tenía menos de seis años, un 27% entre 6 a 15 años y un 37% referían más de 15 años de experiencia (6% no responde). Para simplificar la presentación de los resultados, se hablará de oncólogos para incluir a ambas especialidades.

#### *Conocimiento autopercebido:*

Tal como se muestra en la Figura 1, el 97.6% de los encuestados considera que la sexualidad es importante en la calidad de vida de sus pacientes y refieren tener conocimiento respecto a cómo afecta el cáncer la sexualidad de sus pacientes (73.8% de respuestas “de acuerdo”); sólo un 9.5% señala estar en “desacuerdo” con dicha afirmación. Asimismo, la mayoría (86.9%) refiere conocer el efecto de los tratamientos oncológicos en la salud sexual de pacientes. Un alto porcentaje de los encuestados (70.2%) considera que poseen las habilidades comunicacionales necesarias para abordar esta temática, pero cuando se les pregunta respecto de si poseen conocimientos para entregar indicaciones iniciales frente a alteraciones sexuales o si conocen a qué especialista derivar, aumentan los porcentajes que responden “en desacuerdo” (17.9 y 16.7%, respectivamente).

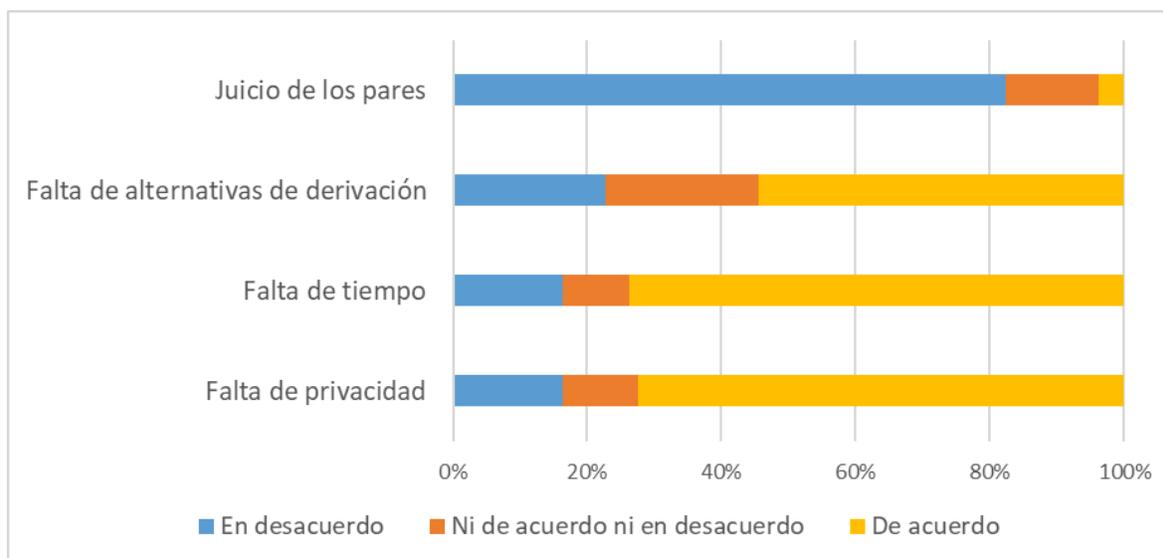
Figura 1. Conocimiento autopercebido de oncólogos médicos respecto del abordaje de la sexualidad en la atención de pacientes.



*Barreras organizacionales para el abordaje clínico de la sexualidad:*

En relación a las dificultades que podrían obstaculizar el abordaje de la sexualidad con sus pacientes, las indicadas como más relevantes por los participantes fueron la falta de tiempo (73.8%), la falta de privacidad (72.5%) y, en tercer lugar, la falta de alternativas de derivación (54.5%). La mayoría (82.6%) consideró que el temor al juicio de los pares no era una barrera relevante para abordar esta temática (ver Figura 2).

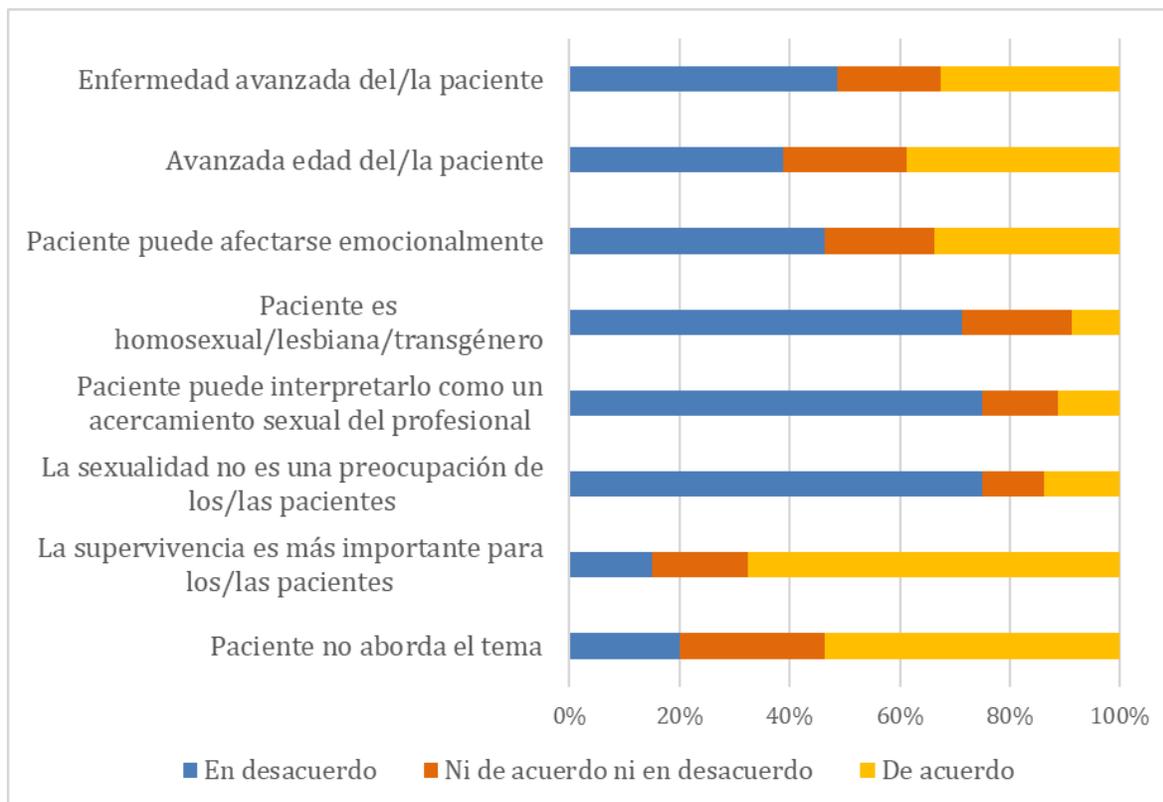
Figura 2. Barreras organizacionales percibidas por los médicos para abordar la sexualidad en la atención de pacientes.



*Barreras del/la paciente:*

En relación a las dificultades del/la paciente que podrían obstaculizar el abordaje de la salud sexual, la mayoría de los profesionales supuso que la supervivencia era más importante para sus pacientes que el tema de la sexualidad (67.5% de respuestas de acuerdo) y que, dado que la o el paciente no abordaba el tema, no correspondía tratarlo (53.8% de acuerdo). A su vez, un 75% estuvo en desacuerdo con que la sexualidad no era preocupación para los pacientes y que el abordaje del tema podía ser interpretado como un acercamiento sexual por parte del profesional (75% en desacuerdo). Se manifestaron en desacuerdo con la afirmación de que constituya una barrera para abordar la temática el que el paciente sea homosexual, lesbiana o transgénero (71.3% en desacuerdo). En cambio, al preguntarles respecto a las siguientes barreras posibles: que el paciente se afecte emocionalmente al indagar acerca de estos aspectos íntimos, que el paciente sea de edad avanzada, o que estuviera cursando una etapa avanzada de la enfermedad, se observa que hay casi tantas respuestas “de acuerdo” como “en desacuerdo” (ver Figura 3).

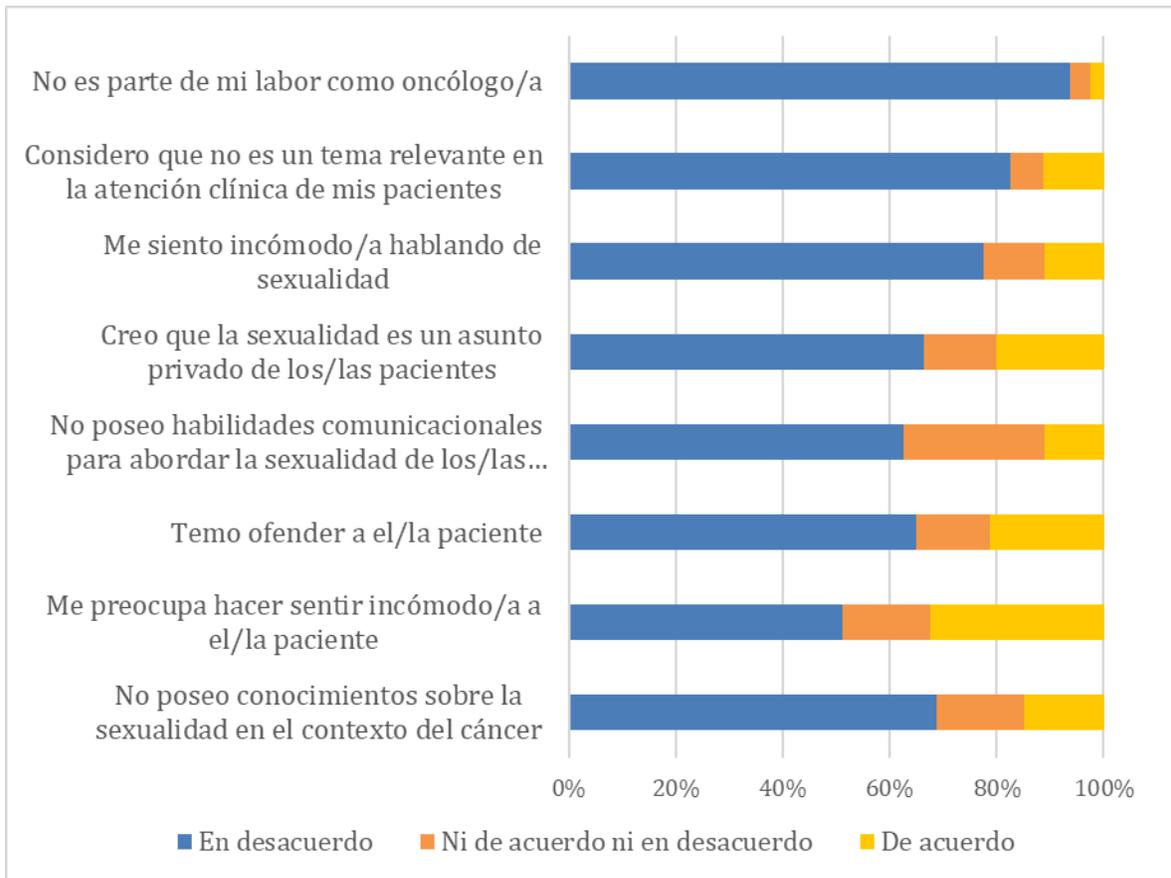
Figura 3. Características de los pacientes que los médicos consideran que constituyen barreras para abordar la sexualidad en la atención clínica.



*Barreras del/la profesional:*

La Figura 4 muestra que muchas de las posibles barreras para abordar el tema de la sexualidad con sus pacientes, no son percibidas como tales por los encuestados. Así, por ejemplo, un 93.8% estuvo en desacuerdo con la afirmación que señala que la salud sexual no es parte de su labor como oncólogo y rechazaron también como barrera el que no fuese un tema relevante en la atención clínica (82.5%) o que sea algo privado de los pacientes (66.3%). También están en desacuerdo con que esta temática los haga sentir incómodos (77.6%) y rechazan la aseveración que señala que no poseen las habilidades comunicacionales para abordarla (62.6%) o que carezcan de los conocimientos adecuados (68.8%). Cabe señalar que un tercio de los participantes manifiesta preocuparse de hacer sentir incómodo a su paciente si abre el tema de la sexualidad (32.6% de acuerdo).

Figura 4. Barreras del profesional para abordar la sexualidad en la atención clínica.

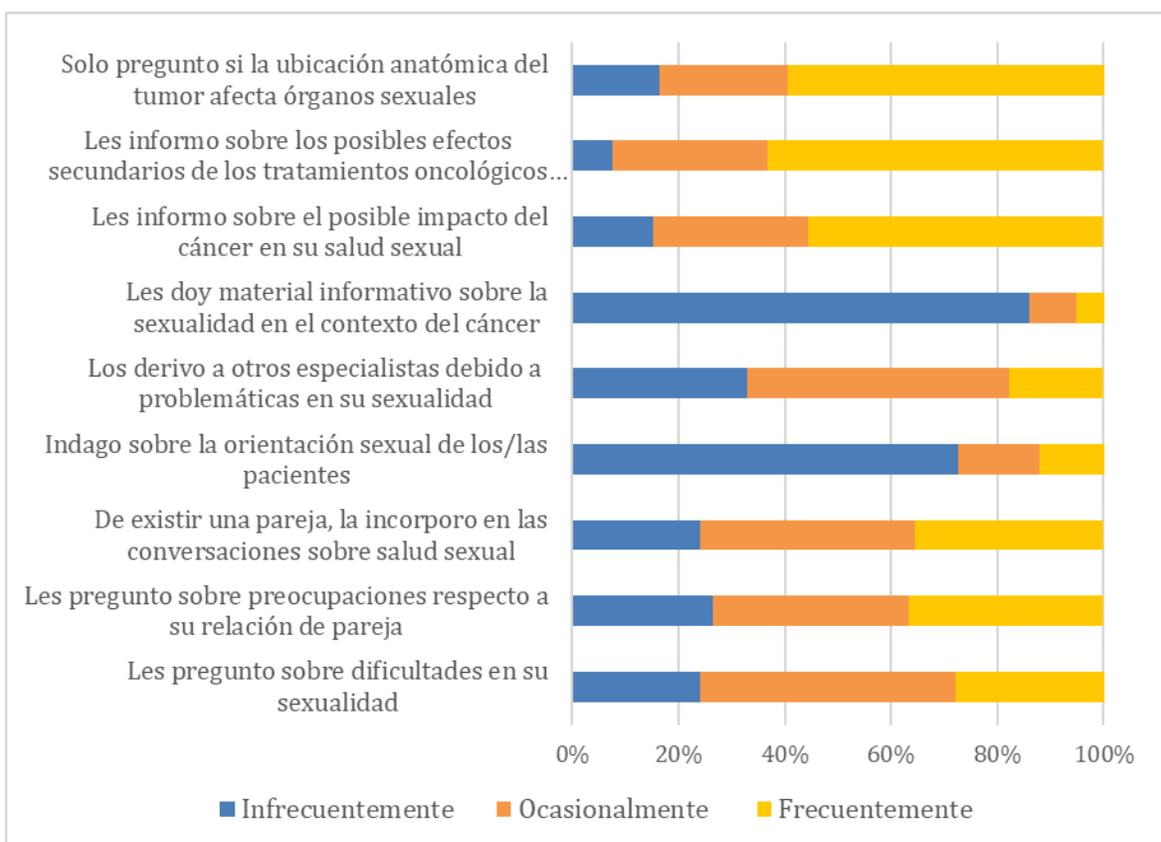


*Prácticas comunicacionales:*

Cuando se preguntó respecto de las prácticas comunicacionales que realizaban con mayor frecuencia, las más relevantes fueron que solían preguntar a sus pacientes sobre su sexualidad sólo cuando la ubicación anatómica de la lesión afectaba a los órganos sexuales (59.5% de respuestas frecuentemente). La mayoría manifiesta informar a los pacientes sobre los posibles efectos secundarios de los tratamientos oncológicos en su salud sexual (63.3%) y del posible impacto del cáncer en su salud sexual (55.7%), la mayoría (86.1%) señala que infrecuentemente entregan a sus pacientes material informativo sobre estos aspectos y apenas un 12,7% indaga sobre la orientación sexual de los pacientes. El 49.4% de las/los profesionales expresan que sólo ocasionalmente derivan a otros especialistas debido a alteraciones en la sexualidad y un tercio reconoce que lo hace infrecuentemente

(32,9%). Así mismo, sólo ocasionalmente (48.1%) preguntan a sus pacientes respecto de dificultades en su sexualidad o se incorporan a las parejas en las conversaciones relativas a este tema (40.5%) (ver figura 5).

Figura 5. Prácticas comunicacionales de los médicos para abordar la sexualidad en la atención clínica.



## Discusión

De acuerdo con nuestro conocimiento, este es el primer estudio que aborda las percepciones de médicos oncólogos en Chile respecto a sus conocimientos, prácticas y barreras

comunicacionales reportadas, para el abordaje de la comunicación sobre sexualidad con sus pacientes oncológicos.

Sus resultados evidencian que los participantes reconocen que la sexualidad es un aspecto central en la calidad de vida, coincidiendo con datos de investigaciones internacionales [20]. Asimismo, consideran tener un manejo óptimo respecto de cómo el cáncer y sus tratamientos afectan la salud sexual de sus pacientes. Esto contrasta con investigaciones internacionales, donde las principales razones argüidas por profesionales para no incluir la salud sexual en la atención clínica es la falta de entrenamiento y de conocimiento en esta materia [19,21,24].

Como barreras relevantes para abordar esta temática, se identificaron aspectos relativos al funcionamiento de la institución en la que se desempeñan, como la falta de tiempo y de privacidad y el no tener alternativas de derivación, superando ampliamente a aquellas variables relacionadas con las características del paciente o aquellas barreras propias del profesional, lo que difiere de investigaciones internacionales. En un estudio del Reino Unido, las principales barreras identificadas fueron la falta de entrenamiento (79%), la falta de tiempo (67%) y la vergüenza (50%)[28]. Dicho estudio también identificó la edad (61%), el bienestar físico (54%), el sexo (52%), el estado civil o si tenían o no una relación estable (42%) como aquellas barreras que influían en abrir el tema de la salud sexual[28]. En la misma línea, en una investigación realizada con profesionales canadienses y africanos, la mayoría consideraba que la sexualidad no era una prioridad para las personas con cáncer, por lo que tampoco constituía una prioridad para los tratantes [29]. Otro estudio con profesionales sanitarios de un hospital oncológico en Arabia Saudita, identificó como barreras la falta de tiempo, el temor a ser criticados por los pares y la dificultad para encontrar un espacio adecuado para conversar sobre problemáticas sexuales[30].

Estos resultados difieren de los nuestros, donde se identifican como las barreras más frecuentes el creer que la supervivencia es más importante para ellos y ellas y el que éstos no abordan el tema, lo que contribuye a que el tratante estime que la sexualidad no sería un tema prioritario de incluir en el encuentro clínico. Estos hallazgos permiten suponer que en

una atención clínica reducida en tiempo y en intimidad (barreras mayormente identificadas en nuestro estudio), la sexualidad pasa a “competir” con objetivos clínicos de otro orden. Un tercio de nuestros encuestados considera que la presencia de un cáncer avanzado es un obstáculo para abordar la sexualidad con su paciente, lo que refleja las creencias y/o dificultades que existen para hablar de sexualidad en el contexto del proceso de fin de vida, aspecto descrito en la literatura como uno de los sesgos más frecuentes[4]. Significaciones socioculturales respecto a la sexualidad, generalmente vinculadas a la juventud, la belleza y la salud, se contrapondrían con las características asociadas al cáncer en estadio avanzado y más aún al proceso de fin de vida. La resistencia a abordar la sexualidad en etapas avanzadas ha sido relacionada también con incomodidad de los profesionales, como el temor a ser intrusivos, desconocimiento sobre la vivencia de la sexualidad en este momento de la enfermedad y la ya explorada falta de privacidad, que puede ser aún más problemática en el contexto de la enfermedad avanzada. Aún cuando se ha visto que al avanzar la patología oncológica el interés por las relaciones sexuales coitales disminuye, los sentimientos relativos a la sexualidad permanecen, incluso en pacientes con enfermedad terminal, donde la necesidad de intimidad y cercanía puede ser todavía mayor que antes del diagnóstico[4].

En nuestro estudio hubo opiniones divididas respecto de si la avanzada edad del paciente constituía una barrera, lo que puede connotar las diferentes percepciones respecto de la relación entre sexualidad y personas mayores. Este aspecto ha sido definido en investigaciones internacionales como uno de los sesgos más frecuentes[24] ya que a los adultos mayores se les suele atribuir un menor interés y preocupación por temáticas relativas a la sexualidad, aún cuando muchas personas de la tercera edad se mantienen activas sexualmente y valoran la intimidad sexual como parte de su calidad de vida [31].

Llama la atención que la mayoría señala tener las habilidades comunicacionales necesarias para hablar de salud sexual con sus pacientes. Sin embargo, aproximadamente un tercio afirma que le preocupa incomodar al paciente abriendo el tema y cerca de un cuarto de ellos refiere que teme ofenderlo al hacerlo. Esto podría develar que el entendimiento que algunos

profesionales poseen sobre “habilidades comunicacionales” no necesariamente considera la capacidad de contener emocionalmente. Esto establece una de las diferencias fundamentales entre un abordaje informativo, centrado en el problema, y un abordaje dialógico, centrado en las necesidades particulares del o la paciente.

El que en nuestro estudio ninguna barrera relativa al propio profesional sea considerada como tal para abordar la sexualidad, constituye una diferencia sustantiva respecto a otras investigaciones, en las que se observa que la falta de conocimiento, de entrenamiento, la incomodidad para hablar de sexualidad y la vergüenza son consideradas barreras fundamentales [19,21,28,32]. La desestimación de las variables relativas al profesional puede responder a que este tipo de barreras, por apuntar a aseveraciones asociadas a su desempeño profesional, facilita el que se otorguen más respuestas según lo valorado socialmente (deseabilidad social), o bien que las resistencias personales no siempre son del todo conscientes. Por otra parte, variables organizacionales como las ya mencionadas no sólo obstaculizan la relación clínica, sino también coartan las posibilidades de que los profesionales tengan espacios guiados o personales para reflexionar, conocer y trabajar sobre su propia relación con dimensiones como la sexualidad, el sufrimiento, la enfermedad y la muerte, y para visibilizar los propios sesgos, prejuicios y resistencias para abordar activamente el tema.

A pesar del amplio reconocimiento respecto de la importancia de la sexualidad en la calidad de vida, cuando se les pregunta en específico respecto de sus prácticas comunicacionales, menos de dos tercios de los profesionales entrega información sobre los posibles efectos secundarios de los tratamientos oncológicos sobre la salud sexual y apenas la mitad dice informar sobre el posible impacto de la patología oncológica en su sexualidad. Aún así, estos porcentajes son altos en relación a los hallazgos de las investigaciones internacionales, por lo que se podría pensar que efectivamente quienes contestaron voluntariamente la encuesta poseen mayor interés en la temática y, por lo tanto, la abordan con mayor frecuencia o bien que se evalúa como la respuesta esperable de una conducta deseada en la praxis clínica. Sin embargo, es importante contrastar el otorgar información

con el indagar en posibles problemáticas en la sexualidad, ya que los profesionales refieren preguntar sólo ocasionalmente por la sexualidad de sus pacientes, lo que hace suponer que la información que se brinda, se otorga en desconocimiento de las vivencias específicas y de las características personales de los pacientes, lo que responde a características propias del modelo biomédico y no de la medicina centrada en el paciente[11].

El que la mayoría de encuestados señale que sólo aborda la sexualidad de los pacientes cuando la localización anatómica del tumor afecta a órganos sexuales, sugiere que personas con cánceres ubicados en otros órganos o patologías hemato-oncológicas no recibirían adecuada información en esta materia. Esto constituye un sesgo importante respecto a la inclusión de la sexualidad en la práctica clínica[33,34]. Este sesgo refuerza que el abordaje de la sexualidad suele estar focalizado en la relación entre los tratamientos oncológicos y la disfunción sexual, conceptualizando el sexo desde la genitalidad, lo que ha sido descrito como el “imperativo coital” [35]. Esta conceptualización desestima la variedad de prácticas sexuales no coitales, así como la diversidad de contextos sociales y relacionales donde la experiencia de la sexualidad y la intimidad tiene lugar [34].

Bajo el mismo paradigma heteronormativo, se puede entender también que una de las prácticas menos frecuentes sea la de indagar la condición sexual de los pacientes, a pesar de que la orientación sexual fue desestimada como barreras. Esto sugiere que no hay una conducta discriminatoria *per se*, sino más bien la intención de dar una atención igualitaria con independencia de esta información, como una forma de proteger la imparcialidad y la objetividad. Sin embargo, la literatura sugiere que la falta de conocimiento y entrenamiento específico sobre las prácticas sexuales de las disidencias sexo-afectivas y la preocupación sobre un inadecuado uso del lenguaje constituyen resistencias para abrir la temática de la sexualidad con pacientes LGBTIQ+ [34,36]. Así, la reserva respecto de la condición sexual, la poca comprensión de los tratantes y su desconocimiento sobre las necesidades específicas del colectivo, se vinculan con un mayor distrés de los pacientes, un menoscabo a su bienestar emocional, bajos niveles de satisfacción respecto a la atención y a una pérdida de confianza en los servicios de salud [37,38].

### **Limitaciones del estudio**

Debemos mencionar algunas limitaciones de este estudio. En primer lugar, de acuerdo a nuestro conocimiento, no existen escalas validadas en Chile respecto de esta temática, por lo que fue necesario construir una propia a partir de otros estudios. En segundo lugar, por la naturaleza voluntaria que tienen los estudios que usan cuestionarios on-line, es posible que exista un sesgo de selección y que, por lo tanto, quienes contestaron sean aquellos más interesados en la temática. En tercer lugar, al ser estudio cuantitativo, no es posible comprender el fenómeno en su totalidad, por lo que investigaciones futuras podrían considerar la incorporación de entrevistas cualitativas para proporcionar una exploración más profunda de este tema. Finalmente, dado que el estudio se centró en la mirada de los profesionales sanitarios, desconocemos cómo los pacientes oncológicos que se atienden en Chile experimentan la atención sanitaria referida a aspectos sexuales.

### **Conclusión**

Los resultados de este estudio muestran que la amplia mayoría de los oncólogos en Chile consideran que la sexualidad es parte importante de la calidad de vida de sus pacientes y reconocen el impacto que tienen los tratamientos y la misma enfermedad en la sexualidad. A su vez, advierten la existencia de barreras organizacionales que dificultan una adecuada comunicación, así como también barreras relacionadas con el paciente, desconociendo barreras propias para el abordaje de la temática. En base a estos resultados, creemos que es esencial que los profesionales sanitarios sean capaces de cuestionar la propia práctica clínica sostenida en un paradigma biomédico y heteronormativo que tiende a definir cuáles son aquellas problemáticas fundamentales y cuáles de importancia secundaria. La columna vertebral de la humanización de la oncología debe ser la consideración activa de la integralidad y complejidad de los pacientes, atendiendo a su biografía y no sólo a su biología, de manera que el espacio clínico no sea entendido en claves paternalistas, sino que fundado en el respeto y promoción de su autonomía.

## Conflicto de interés

Los autores declaran que no tienen conflicto de intereses que declarar. Este estudio está basado en el proyecto de tesis del Magíster Interuniversitario de Bioética de DR.

## Financiamiento:

Este estudio no tuvo financiamiento

## Contribución de cada autor

DR fue responsable de la conceptualización del estudio, de la administración del cuestionario, del análisis de los resultados y de la escritura. KG, en su calidad de tutora de tesis, guío y supervisó el trabajo y realizó lectura crítica del manuscrito. CM y SPS contribuyeron al análisis crítico de los resultados y a la escritura del manuscrito. Todas las autoras aprobaron el manuscrito enviado a publicar.

## Aprobación ética y consentimiento para participar

El protocolo fue aprobado por el Comité Ético Científico de la Facultad de Medicina de la Clínica Alemana-Universidad del Desarrollo (2018-80), y cada participante otorgó su consentimiento informado antes de acceder al cuestionario.

## Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. (2022, February 2). **Cáncer: datos y cifras**. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
2. Zheng, R., Wang, S., Zhang, S., Zeng, H., Chen, R., Sun, K., Li, L., Bray, F., & Wei, W. (2023). **Global, regional, and national lifetime probabilities of developing cancer in 2020**. *Sci Bull (Beijing)*, 68(21):2620-2628.  
<https://doi.org/10.1016/j.scib.2023.09.041>
3. The global cancer observatory. globocan, WHO (2021). **Chile fact sheet**. <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/152-chile-fact-sheets.pdf>

4. Mercadante, S., Vitrano, V., & Catania, V. (2010). **Sexual issues in early and late stage cancer: A review.** *Support Care Cancer*, 18(6):659–665.  
<https://doi.org/10.1007/s00520-010-0814-0>
5. Jonsdottir, J. I., Zoëga, S., Saevarsdottir, T., Sverrisdottir, A., Thorsdottir, T., Einarsson, G. V., Gunnarsdottir, S., & Fridriksdottir, N. (2016). **Changes in attitudes, practices and barriers among oncology health care professionals regarding sexual health care: Outcomes from a 2-year educational intervention at a University Hospital.** *Eur J Oncol Nurs*, 21: 24–30.  
<https://doi.org/10.1016/j.ejon.2015.12.004>
6. Organización Mundial de la Salud (2018). **La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: un enfoque operativo.** Ginebra. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
7. Vecino, BS., Urbano. SS. (2003). **Los trastornos sexuales.** In M. D. Trill (Ed.), *Psicooncología*. ADES ediciones.
8. Saevarsdottir, T., Fridriksdottir, N., & Gunnarsdottir, S. (2010). **Quality of Life and Symptoms of Anxiety and Depression of Patients Receiving Cancer Chemotherapy Longitudinal Study.** *Cancer Nurs*, 33(1):E1-E10.
9. Rose, D., Ussher, J. M., & Perz, J. (2017). **Let's talk about gay sex: gay and bisexual men's sexual communication with healthcare professionals after prostate cancer.** *Eur J Cancer Care (Engl)*, 26(1).  
<https://doi.org/10.1111/ecc.12469>.
10. Airaldi, M. (2010). **Sexualidad y relaciones de pareja en mujeres mastectomizadas de una muestra paraguaya.** *Eureka*, 7(1), 143–162.
11. Hordern, A. J., & Street, A. F. (2007). **Communicating about patient sexuality and intimacy after cancer: mismatched expectations and unmet needs.** *Med J Aust*, 186(5):224-227. doi: 10.5694/j.1326-5377.2007.tb00877.x.
12. Flynn, K. E., Reese, J. B., Jeffery, D. D., Abernethy, A. P., Lin, L., Shelby, R. A., Porter, L. S., Dombeck, C. B., & Weinfurt, K. P. (2012). **Patient experiences with communication about sex during and after treatment for cancer.** *Psycho-Oncology*, 21(6), 594–601. <https://doi.org/10.1002/pon.1947>.

13. Tierney, D. K. (2008). **Sexuality: a quality-of-life issue for cancer survivors.** *Semin Oncol Nurs*, 24(2), 71–79. doi: 10.1016/j.soncn.2008.02.001.
14. Almont, T., Bouhnik, A.-D., Ben Charif, A., Bendiane, M.-K., Couteau, C., Manceau, C., Mancini, J., & Huyghe, É. (2018). **Sexual health problems and discussion in colorectal cancer patients 2 years after 1 diagnosis: A national cross-sectional study.** *J Sex Med* 16(1), 96–110.  
<https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2018.11.008>
15. Albers, L. F., van Belzen, M. A., van Batenburg, C., Engelen, V., Putter, H., Pelger, R. C. M., & Elzevier, H. W. (2020). **Discussing sexuality in cancer care: towards personalized information for cancer patients and survivors.** *Support Care Cancer*, 28(9), 4227–4233. <https://doi.org/10.1007/s00520-019-05257-3>
16. Ussher, J. M., Perz, J., Gilbert, E., Wong, W. K. T., Mason, C., Hobbs, K., & Kirsten, L. (2013). **Talking about sex after cancer: A discourse analytic study of health care professional accounts of sexual communication with patients.** *Psychol Health*, 28(12), 1370–1390. <https://doi.org/10.1080/08870446.2013.811242>
17. Schover, L. R., van der Kaaij, M., van Dorst, E., Creutzberg, C., Huyghe, E., & Kiserud, C. E. (2014). **Sexual dysfunction and infertility as late effects of cancer treatment.** *EJC Supplement*, 12(1), 41–53.  
<https://doi.org/10.1016/j.ejcsup.2014.03.004>
18. Hartmann, U., & Burkart, M. (2007). **Erectile dysfunctions in patient-physician communication: Optimized strategies for addressing sexual issues and the benefit of using a patient questionnaire.** *J Sex Med*, 4(1), 38–46.  
<https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2006.00385.x>
19. Hautamäki, K., Miettinen, M., Kellokumpu-Lehtinen, P.-L., Aalto, P., & Lehto, J. (2007). **Opening communication with cancer patients about sexuality-related issues.** *Cancer Nurs*, 30(5):399-404.
20. Dyer, K., & das Nair, R. (2013). **Why don't healthcare professionals talk about sex? A systematic review of recent qualitative studies conducted in the United Kingdom.** *J Sex Med*, 10(11): 2658–2670.  
<https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2012.02856.x>

21. Stead, M. L., Brown, J. M., Fallowfield, L., & Selby, P. (2003). **Lack of communication between healthcare professionals and women with ovarian cancer about sexual issues.** *Br J Cancer*, 88(5), 666–671.  
<https://doi.org/10.1038/sj.bjc.6600799>
22. De Araújo Ferreira, S. M., De Oliveira Gozzo, T., Panobianco, M. S., Dos Santos, M. A., & De Almeida, A. M. (2015). **Barriers for the inclusion of sexuality in nursing care for women with gynecological and breast cancer: Perspective of professionals.** *Rev Lat Am Enfermagem*, 23(1):82–89.  
<https://doi.org/10.1590/0104-1169.3602.2528>
23. Hernandez Sampieri, R., Fernandez Collado, C., & Baptista Lucio., P. (2014). **Definición del alcance de la investigación que se realizará: exploratorio, descriptivo, correlacional o explicativo.** In *Metodología de la investigación* (6ta edición). McGraw-Hill (México D.F) 88-100.
24. Krouwel, E. M., Nicolai, M. P. J., van Steijn-van Tol, A. Q. M. J., Putter, H., Osanto, S., Pelger, R. C. M., & Elzevier, H. W. (2015). **Addressing changed sexual functioning in cancer patients: A cross-sectional survey among Dutch oncology nurses.** *Eur J Oncol Nurs*, 19(6), 707–715.  
<https://doi.org/10.1016/j.ejon.2015.05.005>
25. Aerny Perreten, N., Domínguez-Berjón, M. a. F., Astray Mochales, J., Esteban-Vasallo, M. D., Blanco Ancos, L. M., & Lópaz Pérez, M. A. (2012). **Tasas de respuesta a tres estudios de opinión realizados mediante cuestionarios en línea en el ámbito sanitario.** *Gac Sanit*, 26(5), 477–479.  
<https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2011.10.016>
26. Cunningham, C. T., Quan, H., Hemmelgarn, B., Noseworthy, T., Beck, C. A., Dixon, E., Samuel, S., Ghali, W. A., Sykes, L. L., & Jetté, N. (2015). **Exploring physician specialist response rates to web-based surveys.** *BMC Med Res Methodol*, 15(1):32.  
doi: [10.1186/s12874-015-0016-z](https://doi.org/10.1186/s12874-015-0016-z)
27. Instituto Nacional de Estadística (2018). **Compendio estadístico.** Santiago de Chile: Dirección Nacional, Departamento de Comunicaciones e Imagen Corporativa; Subdepartamento de Publicaciones y Ediciones.

28. Haboubi, N. H. J., & Lincoln, N. (2003). **Views of health professionals on discussing sexual issues with patients.** *Disabil and Rehabil*, 25(6), 291–296. <https://doi.org/10.1080/0963828021000031188>
29. Maree, J., & Fitch, M. I. (2019). **Holding conversations with cancer patients about sexuality: Perspectives from Canadian and African healthcare professionals.** *Can Oncol Nurs J*, 29(1):64-69.
30. Wazqar, D. Y. (2020). **Sexual health care in cancer patients: A survey of healthcare providers' knowledge, attitudes and barriers.** *J Clin Nurs*, 29(21–22), 4239–4247. <https://doi.org/10.1111/jocn.15459>
31. Gott, M., Galena, E., Hinchliff, S., & Elford, H. (2004). **“Opening a can of worms”: GP and practice nurse barriers to talking about sexual health in primary care.** *Fam Pract*, 21(5), 528–536. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmh509>
32. Kotronoulas, G., Papadopoulou, C., & Patiraki, E. (2009). **Nurses' knowledge, attitudes, and practices regarding provision of sexual health care in patients with cancer: Critical review of the evidence.** *Support Care Cancer*, 17(5): 479–501. <https://doi.org/10.1007/s00520-008-0563-5>
33. Gilbert, E., Ussher, J. M., & Perz, J. (2011). **Sexuality after gynaecological cancer: A review of the material, intrapsychic, and discursive aspects of treatment on women's sexual-wellbeing.** *Maturitas*, 70(1): 42–57. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2011.06.013>
34. Perz, J., Ussher, J. M., & Gilbert, E. (2013). **Constructions of sex and intimacy after cancer: Q methodology study of people with cancer, their partners, and health professionals.** *BMC Cancer*, 13:270 <https://doi.org/10.1186/1471-2407-13-270>
35. McPhillips, K., Braun, V., & Gavey, N. (2001). Defining (hetero)sex: how imperative is the “coital imperative”. *Women's Studies International Forum*, 24(2):229-240. [https://doi.org/10.1016/S0277-5395\(01\)00160-1](https://doi.org/10.1016/S0277-5395(01)00160-1)
36. Stott, D. B. (2013). **The training needs of general practitioners in the exploration of sexual health matters and providing sexual healthcare to lesbian, gay and**

**bisexual patients.** *Medical Teacher*, 35(9), 752–759.

<https://doi.org/10.3109/0142159X.2013.801943>

37. Durso, L. E., & Meyer, I. H. (2013). **Patterns and predictors of disclosure of sexual orientation to healthcare providers among lesbians, gay men, and bisexuals.** *Sex Res Social Policy*, 10(1), 35–42.

<https://doi.org/10.1007/s13178-012-0105-2>

38. Webster, R., & Drury-Smith, H. (2021). **How can we meet the support needs of LGBT cancer patients in oncology? A systematic review.** In *Radiography (Lond)*; 27(2):633–644). <https://doi.org/10.1016/j.radi.2020.07.009>