

Artículo original



La sexualidad de mujeres en cuidados paliativos oncológicos: percepciones y prácticas de los profesionales de la salud

A sexualidade de mulheres em cuidados paliativos oncológicos: percepções e atuação de profissionais da saúde

Sexuality in women in oncological and palliative care: perceptions and practices of healthcare professionals

Maria Thereza Mendes Barbosa¹ 

Janaína de Fátima Vidotti² 

¹Contacto de correspondencia. Centro Universitário de Brasília (Brasília). Distrito Federal, Brasil. therezamendesb@gmail.com

²Centro Universitário Barão de Mauá (Ribeirão Preto). São Paulo, Brasil. janaina.vidotti@baraodemaua.br

RESUMEN | INTRODUCCIÓN: Los cuidados paliativos (CP) son una modalidad de atención en salud que busca, mediante un enfoque integral y multidisciplinario, promover la calidad de vida de personas con enfermedades potencialmente mortales. La sexualidad, como dimensión de la salud humana, debe ser considerada en el contexto paliativo, pero los estigmas y la falta de preparación dificultan la actuación de los profesionales. **OBJETIVO:** conocer cómo la vivencia de la sexualidad de mujeres en CP oncológicos es percibida y abordada por profesionales paliativistas. **METODOLOGÍA:** Se trata de una investigación cualitativa, descriptiva y exploratoria. Para la recolección de datos, se realizaron entrevistas semiestructuradas con cuatro profesionales de salud: enfermera, médico, psicóloga y terapeuta ocupacional. Las respuestas fueron transcritas, sometidas a análisis temático y organizadas en cuatro categorías desde la perspectiva de los profesionales: 1) abordaje de la sexualidad en la formación de paliativistas; 2) comunicación sobre sexualidad en CP oncológicos; 3) experiencia de la sexualidad en mujeres en CP oncológicos y 4) relación de las pacientes con sus parejas. **RESULTADOS:** El estudio verificó que la sexualidad es altamente negligenciada tanto en la formación académica como en la atención a mujeres en CP oncológicos, dificultando la identificación de dudas, quejas y violencia conyugal. Esta laguna vulnerabiliza a las pacientes al sufrimiento social, emocional y físico, afectando su calidad de vida. **CONCLUSIÓN:** La educación continua de los profesionales, junto con un vínculo terapéutico y una comunicación activa y acogedora, es clave para una atención integral y humanizada.

PALABRAS CLAVE: Cuidados Paliativos. Sexualidad. Neoplasias. Mujeres. Personal de Salud.

RESUMO | INTRODUÇÃO: Os cuidados paliativos (CP) são uma modalidade de cuidado em saúde que busca, por meio da abordagem integral e multidisciplinar, promover qualidade de vida a pessoas que convivem com doenças ameaçadoras da vida. A sexualidade, enquanto dimensão da saúde humana, deve ser contemplada no contexto paliativo, mas estigmas e despreparo dificultam a atuação desses profissionais. **OBJETIVO:** Conhecer como a vivência da sexualidade de mulheres em CP oncológicos é percebida e abordada por profissionais paliativistas. **MÉTODO:** Trata-se de uma pesquisa qualitativa, de caráter descritivo e exploratório. Para coleta de dados, foram realizadas entrevistas semiestructuradas com quatro profissionais de saúde: enfermeira, médico, psicóloga e terapeuta ocupacional. As respostas foram transcritas, submetidas à análise temática e organizadas em quatro categorias, sempre pela perspectiva dos profissionais: 1) abordagem da sexualidade durante a formação dos profissionais paliativistas; 2) comunicação sobre sexualidade em CP oncológicos; 3) experiência da sexualidade de mulheres em CP oncológicos e, 4) relacionamento das pacientes com seus parceiros. **RESULTADOS:** Verificou-se que a sexualidade é altamente negligenciada tanto na formação acadêmica quanto no atendimento a mulheres em CP oncológicos, o que dificulta a identificação de dúvidas, queixas e situações de violência conyugal. Essa lacuna vulnerabiliza as pacientes ao sofrimento social, emocional e físico, comprometendo sua qualidade de vida. **CONCLUSÃO:** A educação permanente dos profissionais deve ser somada ao estabelecimento de vínculo terapêutico e à adoção de uma comunicação ativa, acessível e acolhedora com essas mulheres e sua rede de apoio, como ferramentas imprescindíveis ao cuidado integral e humanizado.

PALAVRAS-CHAVE: Cuidados Paliativos. Sexualidade. Neoplasias. Mulheres. Pessoal de Saúde.

Presentado 25 marzo 2025, Aceptado 24 sept. 2025

Publicado 4 nov. 2025

Rev. Psicol. Divers. Saúde, Salvador, 2025;14:e6183

<https://doi.org/10.17267/2317-3394rpd.2025.e6183> | ISSN: 2317-3394

Editoras responsables: Mônica Daltro, Marilda Castelar, Martha Castro

Cómo citar este artículo: Barbosa, M. T. M., & Vidotti J. F. (2025). La sexualidad de mujeres en cuidados paliativos oncológicos: percepciones y prácticas de los profesionales de la salud. *Revista Psicología, Diversidade e Saúde*, 14, e6183. <https://doi.org/10.17267/2317-3394rpd.2025.e6183>



ABSTRACT | INTRODUCTION: Palliative care (PC) is a healthcare approach that seeks to promote the quality of life of individuals living with life-threatening illnesses through a comprehensive and multidisciplinary approach. Sexuality, as a dimension of human health, should be considered in the palliative context, but stigma and lack of preparedness hinder professionals' work. **OBJECTIVE:** This study aimed to understand how the experience of sexuality in women receiving oncological PC is perceived and addressed by palliative care professionals. **METHOD:** This is a qualitative, descriptive, and exploratory study. Data were collected through semi-structured interviews with four healthcare professionals: a nurse, a physician, a psychologist, and an occupational therapist. Responses were transcribed, subjected to thematic analysis, and organized into four categories from the professionals' perspective: addressing sexuality in palliative care training, communication about sexuality in oncological PC, experience of sexuality in women receiving oncological PC, and patients' relationships with their partners. **RESULTS:** The study found that sexuality is highly neglected both in academic training and in the care of women in oncological PC, making it difficult to identify doubts, complaints, and situations of intimate partner violence. This gap increases patients' vulnerability to social, emotional, and physical suffering, compromising their quality of life. **CONCLUSION:** To address this, ongoing professional education should be combined with the establishment of a therapeutic bond and the adoption of active, accessible, and compassionate communication with these women and their support networks as essential tools for comprehensive and humanized care.

KEYWORDS: Palliative Care. Sexuality. Neoplasms. Women. Health Personnel.

Introducción

La sexualidad es un aspecto intrínseco de la experiencia humana y forma parte del proceso de construcción de la identidad del individuo, ya que está incluida en la forma subjetiva en que cada persona percibe el mundo. Más allá de las cuestiones reproductivas y de la práctica sexual en sí, la sexualidad abarca la afectividad, los comportamientos, los pensamientos, los deseos y otras dimensiones diversas del individuo (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2023), siendo, en este sentido, un tema de extrema relevancia para los debates sociales y científicos, a pesar de que conlleva una carga cultural de represión y silencio.

Según el [Instituto Nacional de Câncer](#) (INCA, 2022), el cáncer se caracteriza por la multiplicación rápida e incontrolada de células alteradas de cierto tejido del cuerpo, y esta nomenclatura solo se aplica en caso de enfermedad maligna. La oncología, por su parte, es la especialidad médica dedicada a investigar e intervenir en las neoplasias malignas. En este contexto, las diversas modalidades de tratamiento oncológico, utilizadas con el fin de curar el cáncer o reducir sus daños, ofrecen efectos secundarios, que se manifiestan principalmente por fatiga, pérdida de apetito, anemia, náuseas y vómitos, alopecia, dolor, insomnio y problemas de fertilidad y salud sexual ([Boogaard et al.](#), 2022).

Así, los cambios que sufre el cuerpo durante el tratamiento, como la caída del cabello, la aparición de edemas crónicos, la posible mutilación de un órgano afectado y otras consecuencias para la integridad física de la paciente, pueden provocar una deconstrucción abrupta e involuntaria de su autoimagen. Este proceso, como es de esperar, genera sentimientos de inadecuación, vergüenza y tristeza, que interfieren en consecuencia en su autoestima, sexualidad y salud sexual ([Coelho et al.](#), 2024).

Los cuidados paliativos (CP), según la Política Nacional de Cuidados Paliativos (Portaria Gm/Ms Nº [3.681](#), 2024), consisten en una modalidad de atención sanitaria que tiene como objetivo aliviar el dolor y promover la calidad de vida de las personas diagnosticadas con enfermedades que amenazan o limitan la continuidad de la vida. En un atlas publicado por la Organización Mundial de la Salud, se constató que las personas con cáncer representan el 28,2 % de los pacientes en cuidados paliativos a nivel mundial ([OMS](#), 2020).

En lo que respecta a la sexualidad de las mujeres en cuidados paliativos oncológicos, las diversas interseccionalidades presentes en el contexto añaden una mayor dificultad a los profesionales y a las pacientes a la hora de abordar cuestiones de salud y satisfacción sexual. Esto se debe a que el tabú sobre la sexualidad, especialmente cuando se relaciona con mujeres y personas enfermas, da lugar a que se evite el tema y a posibles repercusiones en la integralidad de la atención, al no atenderse y respetarse debidamente este aspecto de sus vidas ([Huesca](#), 2023).

En este contexto, se percibe que la participación de los profesionales de la salud en el abordaje de la experiencia sexual de sus pacientes debe basarse en una postura proactiva, que demuestre apertura a una comunicación psicoeducativa, acogedora y esclarecedora. Esta conducta, además de validar el sufrimiento y las inquietudes de la paciente, es capaz de promover el autoconocimiento sobre los cambios provocados por la enfermedad en su propio cuerpo y la seguridad para discutir cuestiones sexuales con sus parejas ([Liberacka-Dwojak & Izdebski, 2021](#)).

Aunque la sexualidad se considera una dimensión fundamental para el ser humano ([OMS, 2023](#)), la literatura científica aún carece de investigaciones y publicaciones sobre este elemento en la realidad de las mujeres con cáncer en CP. Este dato, además de indicar la invisibilidad de la cuestión cuando se inserta en el contexto de la enfermedad, demuestra la necesidad de realizar más estudios que aborden la problemática, ya sean empíricos, teóricos o revisionales.

El objetivo general de la investigación fue conocer cómo los profesionales de cuidados paliativos perciben y abordan la experiencia sexual de las mujeres en cuidados paliativos oncológicos. Los objetivos específicos, por su parte, fueron conocer las principales demandas de las mujeres con cáncer en cuidados paliativos relacionadas con la sexualidad; identificar las principales barreras encontradas por el equipo profesional al abordar cuestiones sobre la sexualidad de sus pacientes y, por último, investigar las estrategias que han sido utilizadas por los profesionales para abordar el tema con dichas pacientes.

Método

Se trata de una investigación cualitativa, de carácter descriptivo y exploratorio, que adoptó como estrategia metodológica estudios de casos múltiples, con la realización de entrevistas semiestructuradas para la recopilación de datos, que tenían como objetivo familiarizarse con el tema, abordar los significados que los participantes atribuyen al fenómeno social investigado y crear subsidios para futuros estudios de mayor alcance. Las declaraciones de los participantes, originalmente en portugués, fueron traducidas al inglés por una colaboradora externa.

Participantes

Como criterio de inclusión, los participantes debían tener, como mínimo, seis meses de experiencia en oncología y con pacientes que reciben cuidados paliativos. Se excluyó a aquellos que trabajaban exclusivamente en pediatría.

Participaron en el estudio cuatro profesionales de la salud: una enfermera, un médico, una psicóloga y una terapeuta ocupacional. Dos profesionales tenían formación completa en cuidados paliativos y dos estaban cursando dicha formación, y todos tenían al menos seis meses de experiencia trabajando con pacientes en cuidados paliativos oncológicos, afectados por cualquier tipo de neoplasia maligna. La muestra se seleccionó por conveniencia, de modo que los profesionales fueron reclutados a partir de la red de contactos profesionales del equipo investigador y mediante una búsqueda activa en las redes sociales. Como criterio de saturación, se buscó abarcar al menos un profesional de cada área que compone los cuidados paliativos. Se invitó a otros dos profesionales, que no pudieron participar por cuestiones de disponibilidad. Lo Cuadro 1 presenta la caracterización de los participantes en la investigación:

Cuadro 1. Caracterización de la muestra

Participante	Edad	Tiempo de actuación profesional	Tiempo de actuación en cuidados paliativos	Lugar de actuación
Enfermera	No informado	22 años	6 años	Hospital privado en São Paulo
Médico	29 años	5 años	7 meses (residencia)	Hospital público en el Distrito Federal
Psicóloga	36 años	14 años	7 años	Hospital público en el Distrito Federal
Terapeuta Ocupacional	23 años	6 meses	6 meses (residencia)	Hospital público en el estado de São Paulo

Fuente: los autores (2025).

Instrumentos y materiales

La recopilación de datos se llevó a cabo entre los meses de septiembre y diciembre de 2023, a partir de entrevistas semiestructuradas con 15 preguntas, con una duración aproximada de 30 minutos. Se utilizaron como materiales un ordenador de uso personal, para realizar las videollamadas y transcribir las entrevistas, y un teléfono móvil para grabar el audio de la recopilación de datos. Las entrevistas se transcribieron con el apoyo del *software* Sonix.

Procedimientos

En primer lugar, el proyecto fue presentado y aprobado por la *Política Nacional de Cuidados Paliativos* (CAAE n.º 71340123.6.0000.0023). Tras su aprobación, se contactó con los posibles participantes a través de la red de contactos de las investigadoras. Se realizó una presentación del estudio, destacando sus objetivos y detallando el procedimiento de recopilación de datos. Tras aceptar participar en la investigación, se programaron las entrevistas de acuerdo con la disponibilidad de cada participante. Se realizaron de forma individual y a distancia, a través de la plataforma Google Meet. Se indicó a los participantes que se situaran en un lugar que les proporcionara privacidad y comodidad y garantizara la confidencialidad.

Antes de realizar la recopilación, se envió el *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido* - TCLE (Término de Consentimiento Informado) a través de un enlace, en formato de formulario de Google. La recopilación se llevó a cabo solo después del proceso de consentimiento libre y esclarecido y la señalización de la aceptación de participación en el formulario. Las entrevistas se grabaron en audio en el teléfono móvil para su posterior transcripción y análisis.

Teniendo en cuenta los objetivos de la investigación y las características de los participantes, se estima que los riesgos que conlleva la participación en el estudio fueron bajos. Sin embargo, cabe destacar la posibilidad de cansancio y desgaste emocional, especialmente debido al contenido abordado, ya que se trata de un tema considerado delicado. Como beneficios, se espera que los resultados obtenidos puedan contribuir al área investigada, ampliando el conocimiento sobre los cuidados paliativos, además de fomentar la producción de estrategias y el debate de políticas públicas que beneficien al sistema de salud brasileño, incluidos sus usuarios, familiares y los propios profesionales.

Análisis de datos

El análisis de los datos se realizó basándose en el análisis temático de [Braun & Clarke](#) (2006), cuyo objetivo es identificar y relatar patrones en los datos recopilados. Este método se utiliza para relatar las experiencias de los participantes, así como el significado que se les atribuye, tanto en el ámbito individual como social, dependiendo de la posición teórica definida por el estudio. En este caso, la presente investigación siguió un paradigma construccionista, teorizando contextos socioculturales y factores estructurales, que abarcan las individualidades ([Braun & Clarke](#), 2006), al comprender que los significados sobre la experiencia de la sexualidad son producidos socialmente.

Resultados y discusión

A partir del análisis temático de las cuatro entrevistas realizadas, los resultados obtenidos se dividieron en cuatro categorías temáticas, a saber: 1) El enfoque del tema de la sexualidad durante la formación de los profesionales de la salud; 2) El enfoque del tema de la sexualidad en los cuidados paliativos oncológicos, dividido en dos subcategorías: la comunicación entre el profesional y el paciente, y las estrategias utilizadas por los profesionales de cuidados paliativos en la comunicación con las pacientes; 3) La experiencia de la sexualidad de las mujeres en cuidados paliativos oncológicos desde la perspectiva de los profesionales de la salud; 4) y La relación de las pacientes con sus parejas desde la perspectiva de los profesionales de la salud. A continuación, se presentan las categorías con sus respectivas discusiones teóricas.

El enfoque del tema de la sexualidad y la salud sexual durante la formación de los profesionales entrevistados fue calificado unánimemente como deficiente, tanto en sus estudios de grado como en la formación complementaria y los estudios de posgrado. Según los participantes, la sexualidad se abordaba de manera superficial en disciplinas como la salud de la mujer y en algunos aspectos derivados, como la violencia doméstica, eludiendo el tema a partir de la discusión de cuestiones como la autoestima y la calidad de vida. Uno de los entrevistados, médico residente en cuidados paliativos, relató que “en la licenciatura no recuerdo que se tratara nada sobre sexualidad. Se habló muy poco”, y solo entró en contacto con el tema al trabajar en una consulta dirigida a la población transexual.

La terapeuta ocupacional también afirma, en su relato, que la carrera dejó importantes lagunas en el tratamiento del tema de la sexualidad. Según ella, “en la carrera, vi la necesidad de hablar y abordar el tema, pero nunca se enseñó cómo hacerlo, ¿entiendes? Entonces queda así: sé que es muy importante, pero ¿cómo lo hago?”.

En cuanto a la sensación de capacidad y preparación para abordar el tema con sus pacientes, los participantes afirmaron no sentirse totalmente preparados, ya que se trata de una queja poco frecuente en sus rutinas de atención. Por ello, informaron tratar el tema de manera más general, abordando la sexualidad no como algo aislado, sino

como uno de los factores que promueven la salud y la calidad de vida, en relación con otras quejas como la comunicación con la pareja, las actividades de la vida diaria (AVD) y la autoimagen. En general, los participantes se mostraron abiertos al tema, reconociendo su importancia y atendiendo a las pacientes basándose en la escucha activa y en la búsqueda de la intervención más adecuada para cada caso.

De acuerdo con las experiencias relatadas por los participantes entrevistados, la literatura (Baccarim et al., 2024; Lima et al., 2021; Nascimento & Machin, 2024; Silva & Rasera, 2024) revela que los estudios de grado en psicología, enfermería, medicina y salud pública en Brasil tratan la sexualidad de forma insuficiente, indirecta y, en ocasiones, biologicista. Ante este panorama, los profesionales afirman sentirse poco preparados para atender a los pacientes de forma holística en su práctica profesional. A pesar de estar presentes en algunos planes de estudios de grado en salud, las disciplinas que tratan el tema de la sexualidad suelen ofrecerse de forma optativa, lo que limita el acceso de los estudiantes a una formación orientada a la comprensión de la sexualidad como una de las dimensiones de la salud del individuo.

A continuación, los profesionales entrevistados comentaron la necesidad y la disposición a participar en una formación continua en materia de salud. Para ellos, la baja incidencia de quejas sobre la sexualidad en la atención a mujeres con cáncer en cuidados paliativos se debe también a la marginación del tema durante su formación como profesionales de la salud. Esto se debe a que, al haber sido descuidada en su enseñanza, la sexualidad no es un tema que los profesionales recuerden durante la rutina de atención a estas pacientes, por lo que se convierte en una demanda latente.

Según la psicóloga entrevistada, “quizás esto [la sexualidad] ni siquiera aparece porque las personas no saben que necesitan hablar sobre ello”. De este modo, al percibir que los propios profesionales sanitarios responsables de su cuidado tratan la sexualidad como algo secundario, sin mencionarla, las pacientes actúan de acuerdo con ese comportamiento, evitando el tema y considerándolo inadecuado o irrelevante para el contexto de los cuidados paliativos oncológicos (Asiwome, 2020).

Por lo tanto, una formación continua que abordara la sexualidad capacitaría a los profesionales para que plantearan el tema con la frecuencia que las pacientes demuestran necesitar.

Por último, los entrevistados destacaron la importancia de la participación de las instituciones públicas y privadas de salud en la formación continua de sus profesionales. Esto se debe a que la *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde* – PNEPS atribuye a estas entidades la responsabilidad de articular la enseñanza y el servicio, con el fin de capacitar a los profesionales para la complejidad de las necesidades sociales y de salud, para la interprofesionalidad y para la integralidad de la atención en el ámbito del SUS ([Ministério da Saúde](#), 2018). Según los participantes, la iniciativa de proporcionar formación debe partir principalmente de las organizaciones, ya que, a nivel individual, los profesionales de la salud suelen estar tan sobrecargados que no pueden realizar cursos de formación externos. Además, la nivelación de los conocimientos de todo un cuerpo profesional no podría lograrse de forma individual. Para la enfermera:

Debe ser una educación permanente, incentivar esa educación, hablar, promover cursos. Creo que la educación permanente in situ ayuda mucho. Creo que debe partir de la institución, que debe tener la filosofía de que forma parte del duelo [del paciente].

Además, la terapeuta ocupacional fomenta el debate interdisciplinario como medio para comprender la práctica de otros profesionales de la salud y promover una atención integral a las pacientes oncológicas en cuidados paliativos. Esta afirmación concuerda con los resultados de [Giacomini & Rizzotto](#) (2023), que señalan las reuniones en equipo y la comunicación efectiva entre los profesionales como factores que amplían la visión sobre el paciente, promoviendo la comprensión de sus complejidades como sujeto y la integralidad de la atención.

Abordaje del tema de la sexualidad en cuidados paliativos oncológicos

Comunicación entre profesional y paciente

Según la perspectiva de los profesionales entrevistados, abordar el tema de la sexualidad durante su trabajo con mujeres con cáncer en

cuidados paliativos se considera relevante, pero todos indicaron dificultades para hacerlo, además de poca familiaridad y falta de experiencias previas en el abordaje del tema en este contexto. De este modo, los participantes informaron que no suelen preguntar a sus pacientes sobre temas que abarquen la experiencia de su sexualidad en medio de la realidad oncológica y paliativa.

La relevancia del tema, por su parte, fue destacada por los profesionales debido a las numerosas quejas de las pacientes en relación con su autoestima y la relación con sus parejas. Es común que las mujeres en tratamiento oncológico sean susceptibles a procedimientos quirúrgicos, como mastectomía y colostomía, y a diversos síntomas derivados de los tratamientos, como cambios de peso, alopecia inducida por la quimioterapia, fatiga y dolor. En este contexto, muchas de estas mujeres experimentan sufrimiento relacionado con la autoimagen y, en general, presentan un intenso miedo a ser abandonadas por sus parejas, factores que dialogan con la experiencia de la sexualidad en sí ([Phoosuwan & Lundberg](#), 2023).

En cuanto a las dificultades para abordar el tema de la sexualidad con las pacientes, las profesionales de la psicología y la terapia ocupacional señalan que existe un temor causado principalmente por la presencia de tabúes y estigmas sociales, tanto por parte de las pacientes como de los profesionales de la salud. La psicóloga relata:

No recuerdo haber participado activamente en una rutina del equipo y que me preguntaran sobre ese tema. En general, se pregunta si la persona está casada o no [...] creo que es algo tabú, que ni siquiera sabemos cómo preguntar, cómo abordar [...] creo que es como si nos diera vergüenza tocar un tema que potencialmente puede generar vergüenza [...] tal vez hay un temor a avergonzar a la persona.

Para la terapeuta ocupacional, “hay algunos temas que no podemos profundizar como deberíamos, ambas partes. Pero creo que es un tema que está un poco entre líneas, ¿sabes?”.

Además de la propia enfermedad, algunos factores aumentan la complejidad de la enfermedad y sus repercusiones, así como la relevancia de las posibles demandas que surgen en este proceso. Según la terapeuta ocupacional:

Por lo general, ella [la paciente] es una persona viuda o, por lo general, son pacientes de edad avanzada, por lo que todavía existe el tabú de ser una persona mayor, porque ya tenemos ese estigma, ¿no? Porque las personas mayores cancelan eso [la sexualidad] en sus vidas. Cumplen años, se cancela. Creo que se van sumando todas esas cosas.

Se observa que los marcadores sociales constituidos por interseccionalidades, como ser mujer, ser paciente oncológica y ser persona mayor, interfieren sustancialmente en la forma en que se validan socialmente los derechos de estas personas, incluidos los derechos sexuales, que se refieren al ejercicio de la sexualidad de forma plena, informada y libre de discriminaciones (Ministério da Saúde, 2009). Según Papalia & Martorell (2022), una cantidad significativa de adultos mayores tienden a mantener una vida sexual activa, pero este número puede verse afectado por la prevalencia de actitudes edadistas en la sociedad, que tienden a influir negativamente en el deseo sexual de esta población. Además, estas actitudes prevalecen entre los propios profesionales de la salud que, debido a los estereotipos, evitan abordar el tema de la sexualidad con las pacientes de edad avanzada, aunque la discusión sea de interés para estas mujeres en tratamiento (Wilson et al., 2022). En este contexto, la enfermera entrevistada añade que los aspectos generacionales, relacionados con la cultura en la que se socializaron estas pacientes de edad avanzada, pueden interferir en la receptividad a la hora de abordar la sexualidad:

Creo que todavía existe un gran tabú en torno a la sexualidad femenina, muy grande. Son muy omisivas, sobre todo en lo que respecta a que el hombre sea el primero, el proveedor de la casa. Y siempre acaba ahí. Sobre todo porque nuestro público es femenino, de entre 50 y 80 años. La cultura es diferente a la nuestra actual, por lo que es difícil abordar este tema. Lo hacemos, pero no en la primera ni en la segunda visita.

Desde otro punto de vista, el médico entrevistado denuncia el elevado grado de sufrimiento físico con el que las pacientes acceden a los cuidados paliativos como el mayor obstáculo para abordar temas considerados secundarios, en este caso, la sexualidad y la salud sexual. Él relata que:

Por desgracia, [la sexualidad] es algo que no solemos preguntar ni abordar, porque en la enfermería los pacientes ya llegan muy graves y, entre comillas, hay cosas más importantes, algún control de los síntomas que tengo que hacer si el paciente no se encuentra bien, en el sentido de no tener dolor, no estar mareado, estar bien e intentar sentirse bien consigo mismo. no puedo entrar en ese tema porque es algo secundario.

En este sentido, la implementación temprana de cuidados paliativos, junto con los cuidados curativos, surge como una necesidad para garantizar la atención integral de los pacientes, con el fin de contemplar no solo el control de los síntomas, sino también cuestiones espirituales y psicosociales, que en momentos críticos tienden a considerarse secundarias (Melo & Gomes, 2023). Sin embargo, los cuidados paliativos en Brasil todavía se basan en una lógica de “acción paliativista”, que se lleva a cabo de forma improvisada e insuficiente, de modo que se tiende a descuidar premisas importantes de los CP, como su implementación temprana y la actuación de un equipo multidisciplinario.

En cuanto a la importancia de la interdisciplinariedad en los cuidados paliativos, la enfermera relata: “Tampoco teníamos un equipo completo, solo había médicos y enfermeros [...] Todos son importantes. Si no contamos con un equipo multidisciplinario, lo que hacemos es una acción paliativa, no logramos desarrollar realmente los cuidados paliativos”. Según el ensayo clínico aleatorio de Liu et al. (2023), realizado con pacientes oncológicos en proceso de fin de vida, la actuación de un equipo multidisciplinar asociado al modelo de cuidados paliativos dio lugar a una reducción significativa de los síntomas de ansiedad y depresión en los pacientes. Además, este modelo de cuidados promovió el apoyo social percibido por los pacientes, así como su calidad de vida.

En Brasil, la *Política Nacional de Cuidados Paliativos* (Portaria Gm/Ms N° 3.681, 2024) surge solo en un contexto reciente en el ámbito del *Sistema Único de Saúde* (SUS) y establece directrices como la inserción temprana de los cuidados paliativos, la actuación de equipos multiprofesionales e interdisciplinarios en esta modalidad de cuidados y la comunicación empática y transparente con todos los involucrados.

Esta política pública tiene como objetivo integrar de forma sistemática a los equipos de cuidados paliativos en todos los puntos de la *Rede de Atenção à Saúde* (RAS), con el fin de hacer posible la humanización y la integralidad de la atención. Además, uno de los objetivos de la PNCP es fomentar la educación en cuidados paliativos, a partir de la formación continua de los profesionales de la RAS y la difusión de información educativa a la población en general. Este factor permite no solo la realización de cuidados paliativos con el nivel de especialización que exigen sus particularidades, sino también la desestigmatización del tema en el ámbito popular.

Como consecuencia de la deficiente educación sexual, observada anteriormente en los relatos de los participantes, muchos de estos profesionales se enfrentan a la falta de preparación a la hora de abordar el tema con sus pacientes. Al analizar las entrevistas, se observaron desafíos en cuanto a la delimitación del enfoque del tema, ya que no es una atribución exclusiva de ninguna profesión de la salud, sino responsabilidad de todas ellas, por lo que los profesionales se sienten confundidos y vacilantes en cuanto a sus atribuciones en la articulación con el equipo multidisciplinario. De acuerdo con las directrices de la *Política Nacional de Humanização* - PNH ([Ministério da Saúde, 2004](#)), la acogida, caracterizada como una escucha cualificada que tiene por objeto identificar y atender las necesidades de los usuarios de los servicios de salud, es responsabilidad de todo el equipo y debe proporcionar autonomía, escucha y educación en salud a las pacientes ([Ministério da Saúde, 2004](#)). Sin embargo, para algunos de los entrevistados, la falta de definición de las funciones en el abordaje de temas como la sexualidad puede ampliar los desafíos para la atención. Para la terapeuta ocupacional:

Al igual que mencioné sobre el temor de los pacientes, los médicos tampoco hablan sobre [la sexualidad] y así queda: no es de nadie y solo sigue la corriente. Entonces creo que eso es lo que más perjudica, en realidad, a la hora de abordar y hablar sobre este tema.

Según la psicóloga, “es muy complicado, porque el profesional se queda un poco incómodo o esperando a que [el tema] surja espontáneamente, y tal vez la paciente está esperando a que el profesional le pregunte para poder hablar, ¿no?”. Ambos relatos coinciden con los hallazgos de [Kelemen et al. \(2022\)](#),

en los que el 76 % de los participantes entrevistados informaron que los profesionales de la salud no abordaban el tema de la sexualidad. Los resultados sugieren una actuación pasiva del equipo profesional en relación con la acogida de las pacientes, lo que contradice las directrices de la PNH ([Ministério da Saúde, 2004](#)), una política que pocos profesionales conocen. Se puede observar que la insuficiente formación que se ofrece a los profesionales de la salud en Brasil da lugar al desarrollo de una cultura de irresponsabilidad en la dinámica profesional-paciente, lo que impide la construcción de relaciones de vínculo entre ambas partes.

Como resultado, todos los participantes informaron que es poco habitual que las pacientes aborden el tema espontáneamente con los profesionales sanitarios. Según el médico, “muchas mujeres e incluso sus compañeros o compañeras pueden tener dudas, pero no nos preguntan porque realmente siempre lo dejan en un segundo plano”. Debido a los estigmas sociales y a la creencia de que la sexualidad es algo secundario frente a una enfermedad que amenaza la vida, se forma una especie de conspiración del silencio, en la que tanto el equipo como la paciente no discuten quejas, dudas o posibilidades sobre la experiencia de la sexualidad ([Asiwome, 2020](#)).

La terapeuta ocupacional relata que el tema “surge mucho entre líneas, o cuando ya tienes un vínculo con el paciente y estás hablando sobre ese tema, entonces surge una pregunta”. Para la psicóloga, “es más común hablar de alguna inseguridad, alguna insatisfacción con la autoimagen y, dependiendo del caso, puede dar lugar a que la persona diga algo en ese sentido [sobre la sexualidad]”. De este modo, el hecho de tocar el tema puede interpretarse como una forma de petición o señal para que el profesional sanitario acoja al paciente en la vivencia de su sexualidad, contemplándola como una de las dimensiones de la salud humana. [Wilson et al. \(2022\)](#) afirman que, en general, las pacientes ginecológicas están abiertas a recibir información sobre sexualidad y salud sexual por parte de sus profesionales sanitarios, sin embargo, dudan en iniciar la conversación, por lo que prefieren que sea el profesional quien aborde primero el tema.

Por último, la terapeuta ocupacional informó que esta actitud de silenciamiento e invisibilización de la sexualidad de estas pacientes se convierte en un

factor más que genera sufrimiento en un contexto que ya prevé un grado de vulnerabilidad de la paciente y su red de apoyo. Para la participante:

Hay muchos pacientes que sufren por esto, por no sentirse libres para hablar, y el profesional tampoco habla, lo que acaba afectando tanto al paciente como al cuidador principal, que suele ser la pareja de la persona. Creo que esto afecta a la pareja, a la familia y a todo lo demás.

Estrategias utilizadas por los profesionales de cuidados paliativos en la comunicación con las pacientes

De acuerdo con las directrices de la PNH ([Ministério da Saúde](#), 2004), los profesionales entrevistados mencionaron el vínculo como una herramienta importante para facilitar el abordaje del tema de la sexualidad. Se observó que el vínculo entre la paciente y el profesional es responsable de ofrecer seguridad a la persona en tratamiento ante una situación de vulnerabilidad, de modo que esta mujer comparte información íntima que no suele abordar socialmente. Así, según la enfermera:

Desde el momento en que empiezo a crear un vínculo y me doy cuenta de que ella se siente más cómoda conmigo, acabo tocando ese tema. Pero si veo que es muy reservada, espero a que ella hable. Normalmente pido un momento para que podamos hablar a solas, alejo a los familiares que están allí, para que ella tenga la libertad de hablar conmigo.

El vínculo también fue mencionado por el médico como un factor necesario, pero, para él, desafiante en un contexto en el que los cuidados paliativos solo se introducen al paciente en la fase final de la vida:

Creo que, para abordar este tema, necesito tener algún vínculo, conocer algo del paciente, y también necesito que tenga un buen pronóstico, una buena PPS (Escala de Rendimiento Paliativo), que pueda tener muchas consultas, tener una mayor longitudinalidad y que, durante esa longitudinalidad, uno de los aspectos de la salud sea intentar abordar la salud sexual.

Aunque es poco habitual que las pacientes aborden el tema con el equipo, cuando lo hacen, suelen hacerlo de forma indirecta y tangencial. Del mismo modo, los profesionales tratan de abordar la sexualidad de forma gradual, mediante preguntas sobre el estado civil de la paciente, la dinámica de su relación

sentimental y, posteriormente, la experiencia de su sexualidad en sí. Este procedimiento se lleva a cabo con el fin de comprender los límites y el nivel de comodidad de las pacientes al hablar de un tema personal y, al mismo tiempo, estigmatizado.

Los participantes informaron que factores identitarios, como el género del cuidador que abordará el tema de la sexualidad con la paciente, pueden interferir en el nivel de receptividad y apertura de esta mujer durante la conversación con el profesional. Para la psicóloga, este es un factor demasiado subjetivo, ya que se relaciona con los significados atribuidos al género por cada persona a lo largo de su historia de vida, pero que está muy asociado a un factor de identificación y representatividad. Según la profesional de enfermería:

Ella [la paciente] se siente mucho más cómoda [con mujeres]. Creo que la figura masculina en este momento sí interfiere. Hay pacientes a las que ni siquiera les gusta que el técnico de enfermería entre en la habitación para bañarlas, porque les da vergüenza, sobre todo a la hora de la higiene íntima. A menudo piden: "Mire, ¿hay alguna mujer que me pueda dar un baño, una mujer que me cambie el pañal? Sé que en enfermería no hay eso, pero lo prefiero. Me siento más cómoda". Sí, sí. Sí que interfiere.

La enfermera también destacó el uso de dos técnicas de comunicación con las pacientes: el "reflejo de sentimientos", una estrategia basada en el enfoque rogeriano, que busca facilitar la participación del profesional en la experiencia inmediata del cliente, a partir de una actitud acogedora y una relación terapéutica constructiva; y el uso de metáforas, que facilitan que las pacientes transmitan sus experiencias corporales a través del lenguaje y permiten a los profesionales traducir términos técnicos a una comunicación coloquial ([Pereira et al.](#), 2023).

Ante las demandas y los retos que se plantean, se entiende que la integralidad de la atención a la mujer en cuidados paliativos oncológicos requiere, entre otros factores, la realización de una acogida que permita crear un vínculo entre la paciente y el equipo; la introducción de los cuidados paliativos en una fase temprana de la enfermedad que amenaza la vida, idealmente justo después del diagnóstico ([Melo & Gomes](#), 2023); la comprensión de la existencia de aspectos subjetivos que interfieren

en la forma en que cada paciente interpreta y experimenta el mundo y, por último, el uso de técnicas y estrategias que acerquen a la paciente al equipo y a su autodeterminación ante el contexto de la enfermedad.

La experiencia de la sexualidad de las mujeres en cuidados paliativos oncológicos desde la perspectiva de los profesionales de la salud

La experiencia de la sexualidad de las mujeres que viven el contexto oncológico y paliativo está impregnada de diversos aspectos psicosociales, culturales y biológicos. Socialmente, la sexualidad femenina se aborda desde un sesgo de desconocimiento y estigmatización, de manera que se interpreta la función reproductiva como la única forma de validar la experiencia sexual de la mujer, lo que, en consecuencia, relega a un segundo plano la experiencia de la sexualidad en su totalidad. Según los profesionales entrevistados, este comportamiento de negligencia en relación con la salud y la satisfacción sexual también puede deberse a la propia paciente, ante las preocupaciones generadas por su estado de salud, pero no debería respaldarse con la omisión del tema por parte de los profesionales de la salud. Para la psicóloga:

Es una suposición o un prejuicio por parte de los profesionales pensar, en un momento como este, en el que se trata de una enfermedad grave que amenaza la vida, que la vida sexual pierde importancia [...] como si esa parte no existiera en la vida de la paciente.

[Hjalmarsson & Lindroth](#) (2020) describieron datos que contrastan con el sentido común, en los que la sexualidad fue definida por los profesionales de la salud como una forma de intimidad, afecto y conexión de los pacientes con sus parejas, de modo que el nivel de importancia de este aspecto en sus vidas había cambiado mínimamente después de la enfermedad.

En cuanto a las principales quejas recibidas por los profesionales sobre la experiencia sexual de sus pacientes, los participantes abordaron de manera significativa la duda sobre la posibilidad o no de mantener la práctica sexual después de recibir el diagnóstico o de someterse a alguna intervención.

Se informó que los pacientes esperaron años para plantear la cuestión al equipo, debido a la falta de apertura para abordar el tema. Del mismo modo, los profesionales señalaron las dudas de las pacientes en relación con la pérdida de libido, pero como algo que surgía debido a la preocupación de que dicho síntoma provocara el alejamiento de sus compañeros.

En cuanto a las consecuencias de los cambios físicos, fisiológicos, sociales y emocionales generados por el cáncer, se destacaron la tristeza por los cambios corporales, la vergüenza que estos provocan, las inseguridades sobre el tratamiento, la reevaluación de la vida y el miedo a morir. El impacto en la autoestima y la autoimagen fue un factor señalado por todos los participantes como algo directamente relacionado con la experiencia de la sexualidad de esta población, en consonancia con los hallazgos de [Wang & Feng](#) (2022). La terapeuta ocupacional entrevistada destaca:

Es una secuencia de pérdidas que la persona va experimentando a medida que la enfermedad avanza. Creo que las primeras son las relacionadas con el ocio y la sexualidad, creo que son las primeras que desaparecen y que ya generan un impacto significativo en la calidad de vida y todo lo demás.

La psicóloga también aporta un informe coincidente, afirmando que “la cuestión del perjuicio para la autoimagen, la falta de energía también, la debilidad relacionada con el tratamiento, terminan influyendo en la rutina en su conjunto y también en la vida sexual”.

Se identificaron algunas estrategias utilizadas por los profesionales de la salud para optimizar la calidad de vida de sus pacientes, ante los impactos generados por el tratamiento oncológico y por la enfermedad en sí. La terapeuta ocupacional destacó las técnicas de conservación de energía, utilizadas en diversos contextos de dolor y fatiga, como forma de contemplar el principio del dolor total, que comprende el dolor de la paciente no solo en su dimensión física, sino también espiritual, emocional y social ([Saunders](#), 1991). La profesional señaló que la adaptación de la práctica sexual, a partir de posiciones que preserven los miembros y órganos sensibilizados, se convierte en una posibilidad para mantener esta actividad, a pesar de las repercusiones de la enfermedad:

Se pueden adaptar algunas posiciones y demás, para que la mujer pueda seguir haciéndolo, pero entendiendo que no puede descargar peso sobre el miembro [...] Existen varias posiciones para quienes tienen problemas articulares y demás, que no generan carga de peso en otro miembro. Así que [adaptaciones] de posicionamiento, con almohadas y otras posiciones, eso existe.

Todos los participantes informaron que orientaban a las pacientes y a sus parejas sobre otras formas de mantener la intimidad y experimentar la sexualidad durante el tratamiento oncológico y los cuidados paliativos, con el fin de facilitar la calidad de vida en sus diversos aspectos, como el bienestar físico, mental y relacional. Para describirlo, la psicóloga dice:

[El profesional] tendrá que orientar a esta paciente sobre otras formas de placer. Entonces, ¿qué otras formas existen, verdad, de cariño, de cuidado con tu pareja que puedes ejercer? Y para otros casos en los que, por alguna razón, sea difícil o inviable la práctica sexual con penetración, existen otras formas: sexo oral; si se puede hacer; cómo se hace, en fin, aprendemos realmente a comunicarnos y a plantear estas demandas.

En este sentido, teniendo en cuenta que la intimidad sigue desempeñando un papel fundamental en la vida de los pacientes con PC, incluso después del diagnóstico (Kelemen et al., 2022), la comunicación constante entre el profesional y el paciente se vuelve imprescindible para mantener la calidad de vida y la salud sexual. Cabe destacar que el trabajo conjunto entre estas mujeres y sus cuidadores, con la participación de sus parejas, permitiría trazar estrategias para que las formas de experimentar la sexualidad se adapten a los recursos físicos, psicológicos y fisiológicos de la paciente a lo largo del tiempo.

Relación de las pacientes con sus parejas desde la perspectiva de los profesionales sanitarios

Todos los profesionales entrevistados abordaron la forma en que la enfermedad oncológica afecta la relación de las pacientes con sus compañeros. El miedo a ser abandonadas por sus parejas, el temor a no sentirse atractivas, la dificultad para satisfacer sus propios deseos y necesidades debido a una postura de subordinación y actitudes desfavorables

y violentas fueron señalados como los principales obstáculos para una relación amorosa que, de hecho, actuara como una red de apoyo para estas mujeres.

En cuanto a los miedos y temores relatados por las pacientes, la enfermera entrevistada ofrece el siguiente relato:

Atiendo a muchas pacientes que tienen cáncer con obstrucción intestinal y a menudo necesitan someterse a una colostomía. Se saca una parte del intestino y se utiliza una bolsa, lo que afecta mucho a su autoestima. Y les preocupa mucho lo que pensará su pareja de todo esto. Y también afecta a la sexualidad en sí.

En otro momento, la profesional complementa el relato sobre las principales quejas de las pacientes:

Lo primero es el miedo a perder a la pareja. Aunque la paciente sea una persona mayor, tiene miedo de perder a su pareja. Pregunta mucho sobre el tratamiento, si va a perder su libido, las ganas de estar con su marido, esa parte sexual. Entonces le explicamos que sí, que a menudo interfiere, pero que hay otras formas de estar cerca de su marido.

A partir de los resultados presentados, se observa que el miedo a ser abandonadas como consecuencia de la enfermedad y sus repercusiones es significativo entre las pacientes oncológicas en cuidados paliativos. El estudio de Nalbant et al. (2021), realizado con pacientes oncológicos en Alemania, identificó que, aunque esta población no presenta un mayor riesgo de divorcio que la población general, la influencia del cáncer en la separación de las parejas que optaron por el divorcio representa una media del 82,9 %. Sin embargo, Coelho et al. (2024) señalan que el abandono conyugal puede producirse incluso durante el matrimonio, de forma subjetiva, a partir de la ausencia en las consultas médicas y del distanciamiento emocional percibido tras el diagnóstico. En este contexto, la psicóloga presenta el siguiente caso:

Recuerdo muy bien el caso de una paciente que terminó su matrimonio de esta manera. Ella decía que su marido, su exmarido, le había dicho que ya no se sentía atraído por ella... Se trataba de un caso de cáncer en el que ella había perdido ambos senos, además de quedarse sin cabello. Entonces, ese fue un factor determinante para el fin de su relación. Era algo que ella recordaba con mucha tristeza.

Por otro lado, también se informaron los puntos de vista de las parejas de estas mujeres, según la percepción de los profesionales entrevistados. En este sentido, el médico informa:

[Después de la quimioterapia] la paciente se vuelve más frágil, se vuelve más... No está tan bien de salud, por así decirlo. Ella, por sí sola, no tendrá ganas de tener relaciones sexuales. A veces, la pareja no querrá hacerlo por miedo a hacerle daño, a hacer algo y empeorar su tratamiento. Y luego lo van dejando.

A pesar de temer empeorar el cuadro de sus parejas, hasta un punto que perjudique la calidad de la relación, es muy raro que los compañeros de estas mujeres busquen orientación directamente con los profesionales de la salud, como describe la psicóloga: “No recuerdo que esto haya surgido como una preocupación del compañero, de preguntar cómo, qué se puede, qué no se puede [durante la práctica sexual], o bien, sobre cómo adaptar la vida sexual, no conmigo como psicóloga”. En consonancia, la terapeuta ocupacional dice: “Al final, no hablan. Es un tema que se queda muy superficial y muy en clave, a veces ni siquiera se puede entender o orientar algo más específico, ¿entiendes? A veces hablamos de orientaciones más generales”.

Para los profesionales, las parejas tienden a utilizar la evasión como mecanismo de defensa ante el contexto de la enfermedad. Este comportamiento dificulta el desarrollo de estrategias de afrontamiento diádico positivo, como la resolución conjunta de problemas, la demostración de empatía y solidaridad con la pareja y la receptividad para comunicarse sobre la enfermedad. Este patrón evasivo puede afectar no solo a la calidad de la relación en sí, sino también a la salud mental de la pareja, dado que las actitudes relacionadas con un afrontamiento diádico negativo, como el distanciamiento y la superficialidad, están significativamente asociadas a la manifestación de síntomas depresivos en ambos y a patrones disfuncionales de relación (Rottmann et al., 2015; Ștefănuț, 2021). Así, los participantes señalaron la importancia de mantener una comunicación constante entre las personas implicadas, con el fin de fomentar la expresión de dudas, quejas y angustias generadas en la relación debido al contexto de la enfermedad, lo que corrobora los hallazgos de Albers et al. (2020).

Aunque la sexualidad, que implica intimidad y afecto, sigue siendo un factor importante para mejorar la calidad de vida de las mujeres que comienzan cuidados paliativos oncológicos, la práctica sexual en sí misma no sigue necesariamente la misma lógica. Con ello, pueden producirse desajustes en la dinámica de la pareja, ya que las repercusiones de la enfermedad alteran no solo la rutina, sino también las dimensiones física, emocional, espiritual y social de las pacientes (Saunders, 1991), hecho que puede provocar una disminución de la libido, dispareunia, distanciamiento emocional con respecto a la pareja y alteraciones en la imagen corporal, de manera que afecta a la sexualidad en su conjunto (Gorman et al., 2020). Las expectativas no alineadas entre la pareja pueden provocar incomodidad y la violación de los límites personales, especialmente de la mujer enferma, que se encuentra en una situación de mayor vulnerabilidad. Para ilustrarlo, la psicóloga relata:

También recuerdo casos en los que las pacientes me contaban que sufrían porque, aunque estaban enfermas, sus compañeros, sus parejas, querían seguir con su vida sexual como si nada pasara. Así que, sin tener en cuenta, además de la cuestión física, que hay que estar bien, vale, para que la persona tenga libido y todo eso, hay toda esa otra parte, la emocional, que va a afectar al deseo sexual. Entonces, los maridos no tenían mucha experiencia en eso.

Por lo tanto, se entiende que la práctica sexual para las personas con cáncer, aunque por lo general no está contraindicada, se ve afectada por diversos factores relacionados con la enfermedad. En algunos casos, como relataron dos participantes, estas mujeres, ante la vulnerabilidad física y emocional que experimentan en momentos de enfermedad que amenaza su vida, sufren además violencia por parte de sus parejas, por lo que se ven sometidas a situaciones incómodas y abusivas que ponen en riesgo su salud. En este contexto, la psicóloga relata:

He oído en charlas casos de personas que tienen que someterse a algún tipo de ostomía, una colostomía, por ejemplo, y entonces había un marido, un compañero, que quería tener relaciones sexuales a través del orificio de la colostomía, y eso es algo que no se puede hacer, es impensable, ¿no? Imagínate cómo se aborda eso con la pareja y con el equipo, la gente puede sentirse incómoda. Así que, ¡vaya! Es muy difícil, ¿verdad?

En consecuencia, la enfermera cuenta que:

He visto a varias mujeres cuyos compañeros acaban intentando tener relaciones sexuales a través del orificio intestinal y sabemos que no se puede hacer, ¿verdad? Acaba haciendo daño, en fin, por mil razones. Y muchas veces no quieren hacerse la reconstrucción porque a su marido le gusta tener relaciones sexuales a través del orificio intestinal. Entonces piensan mucho más en su pareja que en ellas mismas, por miedo a que su pareja las abandone en este proceso de tratamiento.

Los casos que constituyen violencia doméstica, es decir, que exponen a la mujer a situaciones de extrema vergüenza y daños físicos, sexuales y psicológicos, deben ser debidamente identificados por el equipo de salud, a partir de la acogida, los exámenes físicos y la evaluación psicológica, con el fin de validar el sufrimiento de estas pacientes, dar cabida a sus relatos y elaborar un plan de acción resolutivo, basado en los protocolos previstos para la atención a las mujeres víctimas de violencia ([Defensoria Pública da União](#) [DPU], 2021).

Según [Zanello](#) (2014), la coacción y la violencia sexual, cuando se practican dentro de la relación conyugal, pasan por un proceso de legitimación en la cultura patriarcal, de modo que no se reconocen como actos violentos y condenables, que anulan el deseo y la subjetividad de la mujer. Por otro lado, estas formas de violencia pasan a ser vistas como un compromiso implícito, que vendría acompañado del matrimonio en forma de deuda conyugal, de modo que estas mujeres pasan a ser consideradas propiedad de sus parejas y no sujetos de derechos ([Zanello](#), 2014). Las mujeres en cuidados paliativos oncológicos, que a menudo temen ser abandonadas y sufrir impactos en su autoimagen y autoestima, experimentan este fenómeno de manera acentuada, ya que la sujeción incondicional a las exigencias maritales significa la garantía de una red de apoyo, aunque sea meramente simbólica, en medio de las innumerables pérdidas y duelos generados por el proceso de enfermedad.

La revisión del alcance realizada por [Myall](#) et al. (2023) identificó diversos contextos abusivos vividos por personas con enfermedades que amenazan la vida, entre ellos, comportamientos coercitivos y controladores, violencia psicológica y financiera y negligencia. Se verificó que la violencia doméstica en este contexto podría contribuir al diagnóstico tardío, al avance de la enfermedad y, en consecuencia, al aumento de la vulnerabilidad y la dependencia de las pacientes respecto a sus parejas violentas ([Myall](#) et al., 2023).

Ante los casos relatados, los participantes comprenden la importancia de, a partir de la comunicación y la psicoeducación con la pareja y con la paciente, buscar promover un contexto que proporcione la mejor calidad de vida posible a la mujer en tratamiento, de manera que se validen sus necesidades y deseos y, con ello, se promueva su autodeterminación en relación con la forma en que desea lidiar con su cuerpo, su sexualidad y su proceso de enfermedad. La enfermera relata:

Es muy difícil que la pareja venga a hablar con nosotros. De cada 100, creo que solo el 2 % o el 3 % quieren sentarse con nosotros para hablar de todo, de ella, de él, de cómo va a ser, es muy difícil. Por lo general, llamamos cuando hay más este proceso de la colostomía que incluso el cáncer de mama [...] Cuando vemos que existe la posibilidad de hacer la reconstrucción, pero ella no quiere por culpa de su pareja, entonces llamamos a los dos para hablar.

Por último, cabe destacar la importancia del apoyo de los profesionales sanitarios a estas mujeres, con el fin de identificar posibles casos de violencia y proporcionar una red de apoyo que ofrezca recursos para el desarrollo de una mayor autonomía y autoestima en un contexto de vulnerabilidad. Esto se debe a que, como informó la enfermera, el miedo a ser abandonada por la pareja puede prevalecer sobre la necesidad de autocuidado y la validación y el ejercicio de sus propias voluntades, lo que hace que la paciente sea aún más susceptible a un contexto de violencia conyugal.

Consideraciones finales

A partir de los datos recopilados, fue posible identificar algunos de los pilares de un enfoque acogedor y eficaz del tema de la sexualidad con las pacientes, desde la perspectiva de los profesionales de la salud que trabajan en cuidados paliativos. Estos son: la construcción de vínculos y el establecimiento de una comunicación accesible, proactiva y esclarecedora por parte de los profesionales con la persona en tratamiento y su red de apoyo; un movimiento de educación permanente que aborde el tema, subvencionado por las instituciones gubernamentales y de salud; la implementación de cuidados paliativos de manera temprana y, por último, una alineación constante entre los equipos multidisciplinarios, con el fin de abordar la cuestión de manera multidimensional e integral.

Es imprescindible la participación activa y constante del equipo profesional en el día a día de las pacientes, con el fin de comunicarse con estas mujeres sobre su autoimagen, su satisfacción sexual y la dinámica relacional con sus parejas. Se entiende que una comunicación accesible y acogedora es capaz de identificar la necesidad de orientación e intervención por parte del equipo, así como posibles episodios de violencia doméstica, que deben gestionarse con cautela y basándose en un enfoque interdisciplinario y una asistencia resolutoria.

La principal limitación del estudio fue no haber contemplado todas las especialidades que forman un equipo de cuidados paliativos, además de que la investigación se realizó con profesionales de diferentes equipos. Se destaca la necesidad de comprender cómo otras categorías profesionales perciben la experiencia de la sexualidad de las mujeres en cuidados paliativos oncológicos, como fisioterapeutas y asistentes sociales, y cómo se da esta dinámica entre los componentes de un mismo equipo profesional. También se sugiere investigar la perspectiva de las propias mujeres que viven el contexto paliativo y oncológico, así como la de sus parejas, además de ampliar la investigación a la sexualidad de las mujeres en cuidados paliativos no oncológicos.

Se espera que la investigación contribuya al conocimiento sobre la actuación de los profesionales

de la salud en el abordaje de la sexualidad de las mujeres en cuidados paliativos oncológicos, identificando sus acciones y desafíos. Además, el estudio podrá servir de base teórica para investigaciones sobre la necesidad de capacitación y formación continua de estos profesionales en estrategias de comunicación y sensibilización sobre el tema. Cabe destacar que los hallazgos del presente estudio, sin embargo, no agotan el tema y no son suficientes para generalizar la experiencia de las categorías profesionales entrevistadas. Por lo tanto, es imprescindible continuar con las investigaciones científicas relacionadas, con el fin de ampliar, actualizar y mejorar los conocimientos sobre el tema.

Agradecimientos

Esta investigación ha contado con el apoyo de la Fundação de Apoio à Pesquisa do Distrito Federal - FAPDF.

Contribuciones de los autores

Los autores declararon haber realizado contribuciones sustanciales al trabajo en términos de la concepción o el diseño de la investigación; la adquisición, el análisis o la interpretación de los datos para el trabajo; y la redacción o revisión crítica del contenido intelectual relevante. Todos los autores aprobaron la versión final que se publicará y aceptaron asumir la responsabilidad pública de todos los aspectos del estudio.

Conflictos de interés

No se ha declarado ningún conflicto financiero, legal o político que involucre a terceros (gobierno, empresas y fundaciones privadas, etc.) en ningún aspecto del trabajo presentado (incluyendo, entre otros, subvenciones y financiaciones, participación en consejos consultivos, diseño de estudios, preparación de manuscritos, análisis estadísticos, etc.).

Indexadores

La Revista Psicologia, Diversidade e Saúde está indexada en [DOAJ](#), [EBSCO](#) y [LILACS](#).



Referencias

- Albers, L. F., van Belzen, M. A., van Batenburg, C., Engelen, V., Putter, H., den Ouden, M. E. M., Pelger, R. C. M., & Elzevier, H. W. (2020). Sexuality in intimate partners of people with cancer: information and communication needs: a brief communication [Sexualidad en parejas íntimas de personas con cáncer: necesidades de información y comunicación: una comunicación breve]. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 47(2), 197-203. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2020.1828206>
- Asiwome, F. I. (2020). *Relationship Between Psychological Distress, Cognitive Coping and Sexual Self-Efficacy of Cervical Cancer Survivors in Korle Bu Teaching Hospital, Accra, Ghana* [Relación entre el malestar psicológico, el afrontamiento cognitivo y la autoeficacia sexual de sobrevivientes de cáncer de cuello uterino en el Hospital Universitario Korle Bu, Accra, Ghana] [Dissertação de mestrado, University of Cape Coast]. DSpace/Manakin Repository. <https://ir.ucc.edu.gh/xmlui/bitstream/handle/123456789/6826/ASIWOME%2C%202020.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Baccarim, R. C. G., Bonato, F. R. C., Mussi, A., & Ferrarini, N. L. (2024). De que maneira os cursos de Psicologia abordam a temática de gêneros e sexualidade? Uma análise de questionários aplicados a estudantes de graduação em Psicologia da região de Curitiba/PR [¿De qué manera los cursos de Psicología abordan la temática de géneros y sexualidad? Un análisis de cuestionarios aplicados a estudiantes de grado en Psicología de la región de Curitiba/PR]. *Revista PsicoFAE: Pluralidades Em Saúde Mental*, 12(2), 75-84. <http://doi.org/10.55388/psicofae.v12n2.429>
- Boogaard, W. M. C., Komninos, D. S., & Vermeij, W. P. (2022). Chemotherapy side-effects: not all DNA damage is equal [Efectos secundarios de la quimioterapia: no todos los daños al ADN son iguales]. *Cancers*, 14(3), 627. <https://doi.org/10.3390/cancers14030627>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology [Uso del análisis temático en psicología]. *Qualitative research in psychology*, 3(2), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Coelho, C. G. G., Carneiro, E. P. N., & Rocha, W. S. (2024). Os impactos psicossociais do abandono marital em mulheres com diagnóstico de Câncer de Mama e o suporte oferecido por profissionais de saúde no enfrentamento dessas situações [Los impactos psicossociales del abandono conyugal en mujeres con diagnóstico de cáncer de mama y el apoyo ofrecido por profesionales de la salud en el enfrentamiento de estas situaciones]. *Contribuciones a las Ciencias Sociales*, 17(12), e12488. <https://doi.org/10.55905/revconv.17n.12-091>
- Defensoria Pública da União. (2021). *Defesa dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres* [Defensa de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres]. <https://direitoshumanos.dpu.def.br/wp-content/uploads/2021/07>
- Giacomini, E., & Rizzotto, M. L. F. (2023). Interdisciplinaridade nas práticas de cuidado em saúde mental: uma revisão integrativa de literatura [Interdisciplinariedad en las prácticas de cuidado en salud mental: una revisión integrativa de la literatura]. *Saúde em Debate*, 46(spe6), 261-280. <https://doi.org/10.1590/0103-11042022E623>
- Gorman, J. R., Smith, E., Drizin, J. H., Lyons, K. S., & Harvey, S. M. (2020). Navigating sexual health in cancer survivorship: a dyadic perspective [Navegando la salud sexual en la supervivencia al cáncer: una perspectiva diádica]. *Supportive Care in Cancer*, 28, 5429-5439. <https://doi.org/10.1007/s00520-020-05396-y>
- Hjalmarsson, E., & Lindroth, M. (2020). "To live until you die could actually include being intimate and having sex": A focus group study on nurses' experiences of their work with sexuality in palliative care ["Vivir hasta morir podría incluir intimidad y sexo": un estudio con grupos focales sobre la experiencia de enfermeras con la sexualidad en cuidados paliativos]. *Journal of clinical nursing*, 29(15-16), 2979-2990. <https://doi.org/10.1111/jocn.15303>
- Huesca, I. M. (2023). *Histórias de vida e trabalho de mulheres com câncer do colo do útero: uma perspectiva interseccional* [Historias de vida y trabajo de mujeres con cáncer de cuello uterino: una perspectiva interseccional] [Tesis doctoral, Fundação Oswaldo Cruz]. Repositório Institucional da Fiocruz. <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/61145>
- Instituto Nacional de Câncer. (2022). *Como surge o câncer??* [¿Cómo surge el cáncer?]. Ministério da Saúde. <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/como-surge-o-cancer>
- Kelemen, A., Van Gerven, C., Mullins, K., & Groninger, H. (2022). Sexuality and intimacy needs within a hospitalized palliative care population: Results from a qualitative study [Sexualidad y necesidades de intimidad en una población hospitalizada en cuidados paliativos: resultados de un estudio cualitativo]. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 39(4), 433-437. <https://doi.org/10.1177/10499091211036928>
- Liberacka-Dwojak, M., & Izdebski, P. (2021). Sexual function and the role of sexual communication in women diagnosed with cervical cancer: a systematic review [Función sexual y el papel de la comunicación sexual en mujeres diagnosticadas con cáncer de cuello uterino: una revisión sistemática]. *International Journal of Sexual Health*, 33(3), 385-395. <https://doi.org/10.1080/19317611.2021.1919951>

- Lima, A. C. S., Alves, M. J. H., Pereira, E. V., Pereira, A. P., Albuquerque, G. A., & Belém, J. M. (2021). Gênero e sexualidade na formação de enfermeiros no ensino superior público brasileiro: estudo documental [Género y sexualidad en la formación de enfermeros en la educación superior pública brasileña: estudio documental]. *Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro*, 11. <https://doi.org/10.19175/recom.v11i0.3877>
- Liu, Y. J., Wu, L. P., Wang, H., Han, Q., Wang, S. N., & Zhang, J. (2023). The clinical effect evaluation of multidisciplinary collaborative team combined with palliative care model in patients with terminal cancer: a randomised controlled study [Evaluación del efecto clínico del equipo colaborativo multidisciplinario combinado con el modelo de cuidados paliativos en pacientes con cáncer terminal: un estudio controlado aleatorizado]. *BMC Palliative Care*, 22, 71. <https://doi.org/10.1186/s12904-023-01192-7>
- Melo, C. F., & Gomes, A. M. L. (2023). Dor total em pacientes oncológicos: uma revisão integrativa da literatura [Dolor total en pacientes oncológicos: una revisión integrativa de la literatura]. *Psicologia em Estudo*, 28, e53629. <https://doi.org/10.4025/psicoestud.v28i0.53629>
- Ministério da Saúde. (2004). *HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização – A humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS* [HumanizaSUS: Política Nacional de Humanización – La humanización como eje orientador de las prácticas de atención y gestión en todas las instancias del SUS]. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf
- Ministério da Saúde. (2009). *Direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais* [Derechos sexuales, derechos reproductivos y métodos anticonceptivos]. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/direitos_sexuais_reprodutivos_metodos_anticoncepcionais.pdf
- Ministério da Saúde. (2018). *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?* [Política Nacional de Educación Permanente en Salud: ¿qué se ha producido para su fortalecimiento?]. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude_fortalecimento.pdf
- Myall, M., Taylor, S., Wheelwright, S., & Lund, S. (2023). Domestic Abuse in the Context of Life-Limiting Illness: A Systematic Scoping Review [Violencia doméstica en el contexto de enfermedades que limitan la vida: una revisión sistemática de alcance]. *Health & Social Care in the Community*, 2023(1), 1841944. <https://doi.org/10.1155/2023/1841944>
- Nalbant, B., Karger, A., & Zimmermann, T. (2021). Cancer and relationship dissolution: perspective of partners of cancer patients [Cáncer y disolución de relaciones: perspectiva de las parejas de pacientes con cáncer]. *Frontiers in psychology*, 12, 624902. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.624902>
- Nascimento, A., & Machin, R. (2024). Género y sexualidad en el currículo médico: la perspectiva de profesores de un curso de graduación en medicina. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 28, e220628. <https://doi.org/10.1590/interface.220628>
- Organización Mundial de la Salud. (2023). *Sexual and Reproductive Health and Research* [Salud sexual y reproductiva e investigación]. [https://www.who.int/teams/sexual-and-reproductive-health-and-research-\(srh\)](https://www.who.int/teams/sexual-and-reproductive-health-and-research-(srh))
- Papalia, D. E., & Martorell, G. (2022). *Desenvolvimento humano* [Desarrollo humano] (14ª ed.). Grupo A.
- Pereira, S. R., Costa, M. A., & Nagem, R. L. (2023). Metáforas da prática profissional de fisioterapeutas: Uma análise da anamnese enquanto locus do registro do diálogo clínico e de pistas metafóricas para o fisiodiagnóstico [Metáforas de la práctica profesional de fisioterapeutas: Un análisis de la anamnesis como locus del registro del diálogo clínico y de pistas metafóricas para el fisiodiagnóstico]. *Revista Linguagem em Foco*, 15(1), 221-242. <https://doi.org/10.46230/2674-8266-15-8486>
- Phoosuwan, N., & Lundberg, P. C. (2023). Life satisfaction, body image and associated factors among women with breast cancer after mastectomy [Satisfacción con la vida, imagen corporal y factores asociados en mujeres con cáncer de mama después de la mastectomía]. *Psycho-Oncology*, 32(4), 610-618. <https://doi.org/10.1002/pon.6106>
- Portaria Gm/Ms Nº 3.681, de 7 de maio de 2024. (2024). Institui a Política Nacional de Cuidados Paliativos - PNCP no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, por meio da alteração da Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017 [Instituye la Política Nacional de Cuidados Paliativos - PNCP en el ámbito del Sistema Único de Salud - SUS, mediante la modificación de la Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de septiembre de 2017]. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt3681_22_05_2024.html
- Rottmann, N., Hansen, D. G., Larsen, P. V., Nicolaisen, A., Flyger, H., Johansen, C., & Hagedoorn, M. (2015). Dyadic coping within couples dealing with breast cancer: A longitudinal, population-based study [Afrontamiento diádico en parejas que enfrentan el cáncer de mama: un estudio longitudinal basado en la población]. *Health Psychology*, 34(5), 486-495. <https://doi.org/10.1037/hea0000218>

- Saunders, C. (1991). *Hospice and palliative care: an interdisciplinary approach* [Cuidados paliativos y hospice: un enfoque interdisciplinario]. Edward Arnold.
- Silva, J. M. N., & Rases, E. F. (2024). Gênero e sexualidade no currículo dos cursos de graduação em saúde coletiva [Género y sexualidad en el currículo de los cursos de grado en salud colectiva]. *Saúde e Sociedade*, 33, e220037pt. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902024220037pt>
- Ștefănuț, A. M., Vintilă, M., & Tudorel, O. I. (2021). The relationship of dyadic coping with emotional functioning and quality of the relationship in couples facing cancer—A meta-analysis [La relación del afrontamiento diádico con el funcionamiento emocional y la calidad de la relación en parejas que enfrentan el cáncer — un meta-análisis]. *Frontiers in psychology*, 11, 594015. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.594015>
- Wang, Y., & Feng, W. (2022). Cancer-related psychosocial challenges [Desafíos psicosociales relacionados con el cáncer]. *General psychiatry*, 35(5), e100871. <https://doi.org/10.1136/gpsych-2022-100871>
- Wilson, C. M., Gee, A., & Mooney, K. (2022). Clinician and patient communication on body image, sexuality, and sexual function in gynecologic cancer: An integrative review [Comunicación entre clínicos y pacientes sobre imagen corporal, sexualidad y función sexual en el cáncer ginecológico: una revisión integradora]. *Sexuality and Disability*, 40, 363-379. <https://doi.org/10.1007/s11195-022-09736-0>
- Worldwide Palliative Care Alliance. (2020). *Global atlas of palliative care at the end of life* [Atlas mundial de cuidados paliativos al final de la vida] (2ª ed.). Organización Mundial de Salud. <https://www.GlobalAtlasofPalliativeCare.pdf>
- Zanello, V. (2014). Saúde mental, mulheres e conjugalidade [Salud mental, mujeres y conyugalidad]. In C. Stevens, S. R. Oliveira, & V. Zanello (Orgs.), *Estudos feministas e de gênero: articulações e perspectivas* (pp. 108–118). Mulheres.