

REPERCUSIONES PSICOSOCIALES DEL TRATAMIENTO DE RADIOTERAPIA PARA EL CÁNCER DE CUELLO UTERINO: UN ENFOQUE CUALITATIVO

Natalia Beatriz Lima Pimentel¹ 
Felipe Cardoso Modesto² 
Vivian Cristina Gama Souza Lima¹ 
Adriana Maria de Oliveira² 
Karla Biancha Silva de Andrade³ 
Patrícia dos Santos Claro Fuly¹ 
Mauro Salvador Caldeira dos Santos¹ 

RESUMEN

Objetivo: conocer las repercusiones psicosociales del tratamiento post-radioterapia del cáncer de cuello de útero. **Método:** estudio cualitativo, con la participación de pacientes en tratamiento post radioterapia para cáncer de cuello uterino en una consulta externa de enfermería oncoginecológica, ubicada en el Municipio de Río de Janeiro - Brasil. Los datos fueron recolectados durante los meses de marzo y abril de 2019 a través de una entrevista abierta y fueron sometidos a un análisis de contenido. **Resultados:** se definieron cuatro categorías: la construcción de los roles sociales; la pérdida de la identidad femenina; la sexualidad de las mujeres después del tratamiento del cáncer de cuello uterino; las repercusiones conyugales; las dificultades de adaptación a la nueva condición de vida; la reconstrucción de la imagen corporal; la convivencia con el cáncer de cuello uterino; el replanteamiento de la vida y la reconstrucción de los valores a través de la red de apoyo. **Consideraciones finales:** los resultados contribuyen a la orientación de los cuidados, aumentando la calidad de vida y ayudando a la reorganización de la vida profesional, social y familiar de estas mujeres.

DESCRIPTORES: Distrés Psicológico; Impacto Psicosocial; Psicooncología; Radioterapia; Braquiterapia.

CÓMO REFERIRSE A ESTE ARTÍCULO:

Pimentel NBL, Modesto FC, Lima VCGS, Oliveira AM de, Andrade KBS de, Fuly P dos SC, et al. Psychosocial repercussions of radiotherapy treatment for cervical cancer: a qualitative approach. *Cogitare Enferm.* [Internet]. 2023 [cited "insert year, month and day"]; 28. Available from: <https://dx.doi.org/10.1590/ce.v28i0.88966>.

¹Universidade Federal Fluminense, Programa Acadêmico de Ciências do Cuidado em Saúde, Niterói, RJ, Brasil.

²Instituto Nacional de Câncer, Hospital do Câncer II, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

³Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Departamento de Enfermagem Médico Cirúrgico, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

INTRODUCCIÓN

El cáncer de cuello uterino es un grave problema de salud pública en todo el mundo, especialmente en los países en desarrollo¹. Según el Instituto Nacional del Cáncer (INCA)², se esperan 16.590 nuevos casos en Brasil para 2021, con un riesgo estimado de 15,43 casos por cada 100.000 mujeres.

Este tipo de cáncer ocupa la tercera posición de localización primaria de incidencia y la cuarta causa de mortalidad por cáncer en las mujeres del país². Estos datos muestran que este tipo de cáncer tiene una magnitud social importante, ya que es responsable de altas tasas de morbilidad y mortalidad¹.

A pesar de los avances en términos de tratamiento y control de la enfermedad, la mayoría de los diagnósticos de carcinoma cervical en los países en desarrollo se producen en la fase avanzada¹. En este estadio, la cirugía curativa ya no es posible debido a la afectación de estructuras esenciales adheridas al tumor, como la vejiga, el intestino y el recto³. En estos casos, la radioterapia pélvica exclusiva o junto con la quimioterapia se convierte en el tratamiento de elección más eficaz⁴.

Aunque la administración de la irradiación ionizante y las técnicas de protección de las zonas adyacentes han ido mejorando, este tipo de tratamiento produce eventos adversos en el suelo pélvico, causando secuelas tardías⁵. Cuando llega a la pelvis femenina, la radiación puede causar inflamación en las membranas mucosas del recto y la vejiga, que puede evolucionar a fibrosis, estenosis y fístulas, que son responsables de disfunciones crónicas de la vejiga y gastrointestinales y del consiguiente uso permanente de dispositivos urinarios con importantes repercusiones en el trabajo y las actividades diarias de esta población⁶.

Además de estos órganos, cuando la radiación alcanza el lumen vaginal puede causar alteraciones irreversibles, llevando a una serie de disfunciones sexuales asociadas a la pérdida de elasticidad de la mucosa vaginal y a la consecuente estenosis vaginal, causando interferencia en la vida conyugal de las mujeres después del tratamiento⁷. La radiación pélvica también puede provocar atrofia ovárica, induciendo una menopausia temprana, contribuyendo así a la disfunción sexual de las mujeres que requieren esta modalidad terapéutica⁶.

Aunque los beneficios proporcionados por la radioterapia ya han sido probados en términos de supervivencia y control local de la enfermedad, la búsqueda de una cura o de mejores pronósticos a veces considera sólo los aspectos biológicos de la vida de las mujeres después del tratamiento, relegando la dimensión social, cultural y psicológica de la que forman parte⁵.

Ante estas reflexiones, es importante que los profesionales de la salud tengan una mirada diferente en la atención a estas mujeres con un enfoque que considere las posibles repercusiones psicosociales inherentes al tratamiento de radioterapia para el cáncer de cuello uterino, buscando establecer una atención de calidad centrada en la humanización y la atención integral. Desde esta perspectiva, surgió la siguiente pregunta: ¿Cuáles fueron las repercusiones psicosociales del tratamiento posterior a la radioterapia del cáncer de cuello uterino en las mujeres entrevistadas?

Por lo tanto, para responder a esta pregunta, se definió el siguiente objetivo: conocer las repercusiones psicosociales del tratamiento post-radioterapia del cáncer de cuello uterino.

MÉTODO

Se trata de un estudio cualitativo, extraído de un trabajo de fin de máster y basado en los criterios consolidados para la presentación de informes de investigación cualitativa (COREQ)⁸. La investigación se realizó en un ambulatorio de enfermería de un hospital de referencia nacional en cánceres ginecológicos situado en el municipio de Río de Janeiro - Brasil, anclado en el análisis de contenido según Bardin⁹.

La muestra de conveniencia pretendía captar a todos los pacientes que volvieran a la primera visita de seguimiento, que tuvo lugar 45 días después de finalizar la radioterapia en la citada consulta externa. Es importante destacar que todos los pacientes se encontraban en estadios avanzados (IIb, IIIa y IIIb) y se sometieron al mismo número de sesiones de radioterapia. Se les abordó personalmente y se les invitó a participar en la investigación después de la consulta de enfermería en una sala privada, donde se les explicaron los objetivos de la investigación mediante el formulario de consentimiento informado.

Los criterios de inclusión fueron: mujeres mayores de 18 años y en postratamiento primario en la modalidad radioterapia/braquiterapia para el cáncer de cuello uterino; y se excluyeron las pacientes con graves molestias asociadas al tratamiento como: debilidad extrema, náuseas y dolor en el momento de la entrevista.

La recogida de datos se inició en febrero de 2020 y finalizó en abril del mismo año, considerando el punto de saturación de los datos de las entrevistas¹⁰, con un total de 28 participantes. El método adoptado para la recogida de datos fue la entrevista abierta a partir de una pregunta central centrada en la percepción de las posibles repercusiones psicosociales del tratamiento post-radioterapia en la vida cotidiana, las actividades diarias y las relaciones conyugales, profesionales y familiares.

Cabe destacar que todas las entrevistas fueron grabadas con la ayuda de una grabadora y, posteriormente, reproducidas para los participantes. Una vez autorizada la divulgación de los datos, se transcribieron íntegramente y, para mantener el anonimato y la confidencialidad de los datos, se identificó numéricamente a los entrevistados de forma posterior, de (E1) a (E28).

El conjunto de entrevistas constituyó el corpus textual que fue procesado por el software de análisis cualitativo Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires (IRAMUTEQ)¹¹. Hemos optado por utilizar el método de clasificación jerárquica descendente (CJD) para clasificar los segmentos de texto (ST) según sus respectivas palabras de vocabulario y dividirlos según la frecuencia de las formas reducidas.

Así, con el objetivo de una mejor comprensión de los resultados, por lo tanto del análisis de los datos, se observaron los pasos básicos del análisis de contenido según Bardin⁹, a saber: 1. organización y preparación de los datos para el análisis; 2. lectura y evaluación minuciosa del contenido transcrito; 3. análisis del proceso de codificación realizado por el software IRAMUTEQ; 4. análisis de los datos de la muestra. 4. Proceso de codificación para describir el ambiente o los individuos y las categorías o temas para el análisis; 5. Dilucidar las peculiaridades de representación de la descripción y los temas en la narrativa cualitativa, con base en la literatura actual después del análisis categórico; 6. Segmentación de los datos y presentación de los resultados después del análisis.

La investigación fue aprobada por el Comité de Ética de la Investigación con el dictamen no.3.648.823 y no.3.465.739.

RESULTADOS

El software IRAMUTEQ reconoció la separación del corpus en 138 segmentos de texto (ST), y se utilizaron 106 (76,81%). Además, se registraron 4.633 ocurrencias de palabras (667 distintas entre sí y 71 en las que sólo se registró una ocurrencia).

Los segmentos utilizados se dividieron en dos grupos y se subdividieron en cinco clases de significado, presentando las formas activas más frecuentes y la relación del porcentaje obtenido en cada clase mediante el CJD como se muestra en la Figura 1.

Clase 5 17%		Clase 1 20,8%		Clase 3 17%		Clase 2 23,6%		Clase 4 21,7%	
Palabras	X ²	Palabras	X ²	Palabras	X ²	Palabras	X ²	Palabras	X ²
falta	29.95	dolor	32.78	molestar	25.65	Dios	24.28	nefrostomía	18.94
casa	16.77	coito	26.64	marido	19.86	morir	19.61	mirar	14.47
actividad	15.76	sangrado	20.16	vergüenza	9.93	necesitar	13.47	adaptar	10.5
ordenar	14.78	cerrar	20.04	menopausia	8.58	fuerza	13.47	espejo	6.95
compañero	9.93	vagina	20.04	entender	3.21	triste	12.6	estorbar	3.67
obtener	8.54	placer	15.87			llorar	12.6		
sentir	8.39	quemar	15.87			pensar en	10.13		
cansada	6.89	apretado	11.79			hijo	10.08		
horrible	5.41	sexual	11.28			enfermedad	10.0		
ayuda	5.41	deseo	8.52			solicitar	3.18		
mujer	3.21	perder	7.44			aguantar	3.18		
		dificultad	3.36						
		miedo	2.82						

Figura 1 - Dendrograma de las clases generadas por el software IRAMUTEQ mediante la Clasificación Jerárquica Descendente. Niterói, Río de Janeiro, Brasil, 2021

Se observa, según la lectura de izquierda a derecha del Dendrograma generado, un subgrupo en la primera clase, lo que permite concluir la proximidad de las palabras del vocabulario entre estas clases. Así, queda clara la afinidad entre ellas, demostrada en las clases uno y tres, por ejemplo, y la distancia entre las clases dos y cuatro.

Dadas las clases formadas a través del Dendrograma, fue posible agrupar las clases según la aproximación de significado en categorías temáticas, a saber: la primera categoría temática fue compuesta por la clase cinco; la segunda categoría, compuesta por las clases uno y tres; la tercera categoría, compuesta por la clase cuatro; y la cuarta categoría, compuesta por la clase dos.

La denominación y agrupación de cada categoría temática se produjo tras un cuidadoso análisis del investigador, utilizando la referencia bibliográfica analizada y el contenido de los discursos según sus respectivas divisiones y posiciones en cada agrupación. Así, fueron nombrados: Categoría I: La construcción de los roles sociales: la pérdida de la identidad femenina; Categoría II: La sexualidad de las mujeres en tratamiento de cáncer de cuello

uterino: repercusiones conyugales; Categoría III: Dificultades de adaptación a una nueva condición de vida: reconstruir la imagen corporal; Categoría IV: Vivir con cáncer de cuello uterino: repensar la vida y reconstruir los valores a través de la red de apoyo.

Categoría I: La construcción de los roles sociales: la pérdida de la identidad femenina

En esta clase, las complicaciones sistémicas tardías derivadas del tratamiento de radioterapia, como la fatiga, el dolor, el cansancio y la infertilidad, surgieron como factores impeditivos en el desempeño del papel social atribuido a las mujeres por la sociedad. Las mayores preocupaciones identificadas en las voces de los participantes se centraron en la imposibilidad de realizar las actividades domésticas, generando y cuidando de los hijos, la familia y el hogar.

La falta de estas actividades desencadena sentimientos de incapacidad, sintiéndose “menos mujer”, ya que estas actividades fueron vinculadas por ellas como esenciales para el reconocimiento de los roles de madre, cuidadora y esposa, identificados en los informes abajo mencionados.

No podía hacer las actividades del hogar, me sentía débil, no me sentía dueña de mi casa, me sentía inútil. (E21)

Me siento muy deprimida porque dependo de otras personas, tengo un hijo que cuidar, soy la madre y no puedo (E22)

Todavía en este sentido, a la luz del proceso de los efectos adversos de la radiación en la cavidad pélvica, se perciben en las declaraciones de las mujeres sentimientos negativos ligados a la interrupción del deseo de embarazo. Para ellas, la feminidad está intrínsecamente ligada a la reproductividad, deconstruida al optar en primer lugar por la continuidad de la vida.

El hecho de no poder ser madre me entristece, tardé mucho tiempo en creer, tardé mucho tiempo en pensar en tener hijos, y pasó esto, llegó la enfermedad. (E6)

Saber que no voy a tener más hijos es muy malo, ya tengo un hijo, pero mi nuevo novio no tiene hijos (E15)

En cuanto al papel de la esposa vinculado a la continuidad de la relación conyugal, el estudio presentó informes de divorcio asociados a la dificultad de la pareja para hacer frente a las repercusiones del tratamiento. Los discursos destacados revelaron que la familia, considerada entonces una red de apoyo, no se sentía preparada para asumir estos cuidados.

Mi pareja me abandonó cuando vio la realidad del problema, me dijo que no servía para nada, que me convertía en una mujer hueca y vacía, que nunca podría encontrar a otra persona. (I19)

Ya no tengo familia, todos me han dejado, incluso mis hijas me han abandonado (E21)

Categoría II: La sexualidad de las mujeres sometidas a tratamiento por cáncer de cuello uterino: repercusiones maritales

Esta clase incluye las repercusiones en la sexualidad de la mujer derivadas del proceso de transformación de la mucosa vaginal y la menopausia inducida, resultante de la radioterapia en la cavidad pélvica. El acortamiento vaginal tras el final del tratamiento se consideró el principal factor de complicación de las disfunciones sexuales, causando dolor

durante las relaciones sexuales y alteraciones psicológicas relacionadas con el miedo al dolor y a nuevas lesiones o hemorragias con un impacto significativo en la relación conyugal.

No puedo tener relaciones sexuales, se cerró, estaba muy apretado y me duele, no tengo ganas de tener sexo, se acabó, no siento ningún placer. (E3)

Tenía mucho miedo de sentir dolor durante el coito, me volví muy seca, no tengo ganas de tener relaciones sexuales. (E5)

Estaba tan traumatizada por todo lo que pasó antes de empezar el tratamiento que no puedo relajarme, no es algo que me produzca placer, es como si volviera a ser virgen.

Hasta el día de hoy me da miedo el coito, porque he sangrado mucho, me da miedo hacerlo y volver a sangrar y volver a repetir. (E11)

Frente a los informes que hablan de la dificultad de adaptación a la nueva realidad de la práctica sexual, se observa en la percepción de los entrevistados, que la práctica sexual debe ocurrir como una obligación, incluso sin el deseo de la mujer debido al cumplimiento del rol de esposa o compañera. La justificación de que el hombre tiene una necesidad física de sexo les hace sentir que tienen que hacerlo.

No tengo ganas de hacer nada, no siento ningún placer, lo hago porque tengo que hacerlo, por el bien del compañero. (E23)

Tengo un marido, es una situación muy aburrida para no hacerlo, no me apetece. (E24)

Además de las cuestiones enumeradas, otro aspecto que surgió como potenciador de la disfunción sexual fue la menopausia inducida como consecuencia de la pérdida de la función ovárica tras la radiación pélvica. Esto se manifestó con síntomas más severos que la menopausia natural o espontánea, causando un impacto potencial en la sexualidad y la calidad de vida. La gravedad de los síntomas de la menopausia y el estrés inducido por ella afectaron al bienestar físico y mental de las entrevistadas y tuvieron repercusiones en las relaciones familiares y sociales.

Me despierto de mal humor, ni siquiera yo puedo soportarlo, mi estado de ánimo oscila mucho y la pareja se resiente. (E8)

Con la menopausia mi libido se reduce, y todo suma, a veces huyo del sexo, es muy complicado, hay que pasar por ello para saberlo. (E26)

La menopausia me provoca un calor insoportable, mi marido se queja mucho cuando duerme en la misma habitación que yo, tengo que encender el aire acondicionado y el ventilador. (E28)

Categoría III: Dificultades de adaptación a la nueva condición de vida: reconstrucción de una nueva imagen corporal

Esta clase reveló que ante las disfunciones gastrointestinales y urinarias, derivadas de la radioterapia en la cavidad pélvica, el retraimiento de las actividades laborales y sociales se hizo cada vez más evidente en este grupo de mujeres. Las complicaciones derivadas de estas disfunciones en la vida social de los entrevistados provocaron restricciones, como frecuentar lugares públicos, viajar, dormir fuera de casa y retomar las actividades profesionales, lo que implica la necesidad de permanecer cerca del baño, limitando las actividades y contribuyendo a un menor nivel de funcionalidad.

Además, tales disfunciones culminaron con el uso rutinario de pañales y absorbentes, señalando un impacto significativo en la privación de la interacción social, generando situaciones embarazosas, además de cambios en la autoestima.

Tengo diarreas frecuentes, incluso salir de casa es complicado, tengo que pensar si habrá

un baño cerca. (E20)

Después de la radioterapia empecé a soltar orina sin darme cuenta, tengo que usar un pañal todo el tiempo, es difícil adaptar la ropa, es muy incómodo. (E14)

En cuanto a las dificultades relacionadas con el uso de dispositivos, la nefrostomía obligó a los entrevistados a realizar grandes transformaciones en varias dimensiones de su vida. A pesar de mantener su condición oculta bajo la ropa, la preocupación por la imagen corporal y por las posibles fugas en los dispositivos de recogida también se enumeraron como limitantes de las actividades diarias. Ser nefrostomizada implicaba no sólo el uso de la bolsa colectora, sino también una nueva imagen corporal que debía reconstruirse.

Me siento insatisfecha con mi cuerpo, a veces no quiero mirarme al espejo, incluso he perdido el interés por tener relaciones sexuales. (E7)

La nefrostomía me perturba, creo que perturba a cualquiera, voy a la iglesia la bolsa se llena, cada hora tengo que ir al baño, detengo mi oración. (E14)

La mayor dificultad con la nefrostomía fue la aceptación, siempre se lo digo a mi madre, sólo quería volver a ser normal... No nací con esto, no nací así. (E15)

Doné todos mis pantalones y ya no puedo usarlos por la nefrostomía, sólo ropa ancha, esto me entristece mucho. (E19)

Para estas mujeres, la pérdida de este segmento corporal no representaba sólo la incapacidad del cuerpo para funcionar como antes, ya que el uso del dispositivo se expresaba como una imperfección física, que culminaba en sentimientos de falta de atractivo por parte de la pareja y en evitar el contacto sexual. Además, revelaron un sentimiento de desajuste de la normalidad estandarizada ante la necesidad de adaptar la ropa al uso permanente de los dispositivos.

Categoría IV: Viviendo con cáncer de cuello uterino: dando un nuevo sentido a la vida y reconstruyendo valores a través de la red de apoyo

En esta clase, los participantes destacaron lo positiva que fue la red de apoyo durante el proceso de afrontamiento de la enfermedad. La fe, la familia y los hijos surgieron como fuente de esperanza y valor para afrontar las repercusiones del tratamiento. Además, las narraciones señalan la necesidad de las participantes de estar en condiciones de ejercer sus funciones sociales de madre, proveedora y cuidadora. Así, los discursos atrayentes de la vinculación con Dios fueron atestiguados frente al lugar ocupado en la dinámica social.

Sólo le pido a Dios fuerza para aguantar hasta el final. (E22)

Me veo como si estuviera de la mano de la muerte, es triste mirar a mi hijo y no estar segura de que mañana estaré a su lado. (E26)

El estigma del cáncer se presentó como motivo de sometimiento a los prejuicios y para encubrir la situación vivida por los participantes. A esto se suma la inseguridad sobre el curso de la enfermedad, su supervivencia y sus impactos, lo que provocó una serie de cambios en la forma de ver la vida de los participantes. En vista de estos hechos, muchos buscaron reflexionar, valorar y experimentar la vida de manera diferente después del tratamiento.

He evolucionado mucho como persona, valoro las pequeñas cosas, especialmente la familia. (E8)

La gente te mira con lástima, el cáncer no me mató pero me dejó una secuela muy dolorosa. (E19)

La forma en que la gente te mira como si fueras a morir me hace sentir más bajo. (E26)

DISCUSIÓN

En la codificación de datos, se utilizó un 76,81% de ST. Evaluado, por tanto, como un buen uso, considerando la clasificación de resultados del corpus de texto equivalente al 75% o más¹¹.

Los resultados revelaron diferentes repercusiones en diversos contextos derivadas del tratamiento de radioterapia para el cáncer de cuello uterino. En cuanto a la pérdida de la identidad femenina, se observó en los relatos de las entrevistadas que las cuestiones de género, relacionadas con el cuidado del hogar y de los hijos, figuraban como características asociadas al universo femenino. El cuidado del hogar y de los demás es un hecho femenino, complejo y sujeto a variables intervinientes, entre las cuales, la atribución social y culturalmente construida se vive como un atributo natural, cuando en realidad son construcciones sociales que pretenden regular las relaciones de poder entre los géneros¹².

Otro significado que surgió de las entrevistas atribuidas al rol social femenino es la exaltación de la fertilidad como el atributo más alto de la mujer y prueba de su feminidad, es decir, la maternidad vista como inseparable de la condición femenina¹³. El útero y sus anexos, el embarazo y la maternidad asociados a la construcción de los roles femeninos, considerados no sólo como un evento biológico, sino también como una virtud cargada de significados culturales que hacen latente el sentimiento de plenitud, poder y autoestima¹⁴.

Cabe destacar que, frente a la deconstrucción de la identidad de esposa o compañera relatada por las participantes, el apoyo del compañero es sumamente importante en lo que respecta a la creación de un ambiente sano para que la mujer pueda sentirse nuevamente integrada en el contexto familiar¹³.

Sin embargo, los resultados del estudio en cuestión señalaron que el acompañante y algunos familiares cercanos no pudieron soportar la compleja situación que supone el tratamiento y tomaron la decisión de alejarse. En este sentido, es importante entender que la forma de relacionarse de las parejas antes del inicio del tratamiento es un factor decisivo en el curso del proceso, es decir, las relaciones inestables, que no tienen una conexión emocional sólida, tienden a generar angustia, inseguridad y distanciamiento de las relaciones debido al estrés de la enfermedad¹⁴.

Se nota que el bajo deseo sexual fue prevalente en las entrevistas debido a todas las alteraciones hormonales resultantes de la menopausia inducida, además de las alteraciones físicas que pueden ocurrir en la mucosa vaginal a largo plazo después del tratamiento radioterápico, llevando a la pérdida de la libido y a las dificultades de excitación¹⁵.

Este deterioro se agravó en las entrevistadas por el miedo a la hemorragia y al dolor durante el coito. La preocupación por el dolor durante el coito induce una disminución de la excitación y, por tanto, provoca un aumento de la sequedad vaginal y/o un tono muscular inadecuado y, en consecuencia, culmina en un aumento de la percepción del dolor, dificultando el coito¹⁶⁻¹⁷.

En asociación con los cambios enumerados, la gravedad de los síntomas de la menopausia inducida contribuyó a la caída de la libido, afectó a la calidad de vida y al bienestar mental de las entrevistadas con un impacto en las relaciones familiares y sociales¹⁸⁻¹⁹. En este contexto, un estudio brasileño²⁰ corrobora los resultados encontrados al concluir que la práctica de las relaciones sexuales después de la radioterapia fue reportada por sólo

el 26,4% de las participantes, y que las razones de este bajo porcentaje se asociaron al abandono de las mujeres por parte de sus parejas y a la falta de orientación.

En el escenario en cuestión, algunas mujeres optaron por la abstinencia sexual, por la necesidad de preservar la intimidad o por el rechazo, ya que los compañeros no pueden verlas como pareja sexual, porque el órgano sexual principal fue comprometido, lo que resulta en la pérdida de sexo e intimidad²¹. Todavía en este sentido, frente a las dificultades reveladas, se destaca en el informe de las participantes que la práctica sexual ocurrió como una obligación, incluso sin el deseo de la mujer debido al cumplimiento del papel de esposa o compañera. Incluso después de las conquistas femeninas a lo largo de los siglos, se constata una visión de la sexualidad ligada al concepto histórico-cultural de dominación de género, estando desvinculada de una expresión natural del ser humano, siendo vivida por estas mujeres como una obligación social, donde no hay opciones²²⁻²³.

En cuanto a las disfunciones gastrointestinales y urinarias derivadas de la toxicidad aguda post-radioterapia, fueron reportadas como fuente de angustia y sufrimiento, principalmente por la necesidad de permanecer siempre cerca del baño, sintiéndose socialmente incapacitado²⁴. Los estudios²³⁻²⁴ con mujeres sometidas a tratamiento de radioterapia por cáncer de cuello de útero señalaron que la disfunción vesical era el efecto adverso más frecuente tras el tratamiento, en contraste con los registros realizados por el equipo sanitario en las historias clínicas analizadas, que indicaban la estenosis vaginal como el efecto más frecuente. Así, los autores concluyeron que los trastornos de la vejiga conllevan sufrimiento y angustia, tal y como corroboraron los participantes del estudio en cuestión, y no fueron reportados en las historias clínicas en el momento de la consulta médica por no presentar cambios clínicos visibles.

Además, estas disfunciones culminaron con el uso rutinario de pañales y compresas con un impacto significativo en la privación de la interacción social y la calidad de vida, lo que llevó a sensaciones como la frustración, la vergüenza, los cambios en la imagen de sí mismo, la preocupación por posibles fugas, la pérdida de confianza en sí mismo, la ansiedad y la tristeza²³⁻²⁴. Todavía en este contexto, en lo que se refiere al uso de dispositivos urinarios por nefrostomías, al enfrentar la presencia del dispositivo permanente, los participantes tuvieron dificultades en aceptar su nueva condición de vida, los cambios en su cotidiano, que ocurrieron no sólo a nivel fisiológico, sino también a nivel psicológico, emocional, marital y social, además de la nueva imagen corporal, que necesitaba ser reconstruida²⁵.

Estos cambios están estrechamente relacionados con las incertidumbres sobre el futuro y el miedo a experimentar frustración ante la nueva realidad, ya que la sociedad ensalza la imagen corporal a través de la exaltación del cuerpo bello y escultural, además de las dificultades matrimoniales y la vergüenza de la pareja, contribuyendo aún más a la dificultad de adaptación a la nueva vida cotidiana²⁶. En este sentido, los participantes revelaron un sentimiento de desajuste de la normalidad estandarizada ante la necesidad de adecuación de la vestimenta al uso permanente de dispositivos. Cabe destacar que la vestimenta es un medio para conformar la imagen que cada ser lleva de sí mismo. Se observa, pues, que la ropa se clasifica como un instrumento de inclusión y, por lo tanto, es comprensible que los pacientes nefrostomizados se sientan excluidos²⁷.

Teniendo en cuenta lo anterior, es importante saber cómo afecta la radioterapia pélvica mujeres en tratamiento, con el fin de obtener una mejor comprensión de los aspectos psicosociales con vistas a una atención de calidad centrada en la humanización y integralidad, beneficiando a los pacientes en la organización de su vida social, profesional y vida familiar durante el período de tratamiento²⁸.

Paralelamente a esta comprensión, a pesar de toda la evolución tecnológica y de las formas de tratamiento, el estigma del cáncer imprime su marca en la cultura y, aún hoy, la cristalización de este estigma lleno de representaciones negativas no parece disolverse²⁹. Sobre nuestra sociedad pesa el mito de que el cáncer es una enfermedad incurable, lo que dificulta la aceptación de la enfermedad por parte de la sociedad e interfiere en la esperanza del paciente y su familia³⁰.

Como forma de afrontar las situaciones relatadas, los participantes buscaron algo que les ayudara en la nueva situación vivida. Estuvo presente en los discursos de los participantes lo positivo que fue el apoyo familiar, la religiosidad y la fe, considerados por ellos como una red de apoyo durante el proceso de afrontamiento de la enfermedad. Independientemente de las formas de afrontamiento a las que recurrieron las mujeres entrevistadas, buscaron hacer o creer en algo o alguien que las hiciera superar las posibles repercusiones derivadas del tratamiento, teniendo como pilares la fe, la familia y los hijos como fuente de esperanza²⁹.

Además, el tratamiento del cáncer fue percibido y tomado como una herramienta de aprendizaje para revalorizarse a sí mismo y a la familia, y muchos buscaron reflexionar, valorar y experimentar la vida de manera diferente después del tratamiento³⁰.

Por último, cabe señalar que este estudio tuvo la limitación de que se realizó en un solo centro, traduciendo la realidad de la clientela de una institución pública, lo que exige una investigación más amplia que abarque otros escenarios y otras metodologías.

CONCLUSIÓN

Se hizo evidente que la complejidad del universo femenino frente a la enfermedad va más allá de las secuelas físicas y funcionales asociadas al tratamiento. Los sentimientos de angustia y tristeza se enfrentan a la imposibilidad de ejercer su papel de mujer como proveedora del hogar, a las limitaciones de su sexualidad y a los cambios en su imagen corporal, convirtiéndose en un impedimento para retomar sus actividades profesionales, sociales y conyugales.

Por lo tanto, es importante reflexionar sobre la actuación de los profesionales de la salud en oncología o incluso sobre la necesidad de comprender mejor las cuestiones relacionadas con el contexto multifactorial del tratamiento del cáncer de cuello uterino. Por lo tanto, el estudio tiene como objetivo contribuir a estimular a la comunidad académica en el desarrollo de la investigación con el fin de apoyar el desarrollo de estrategias que guían el cuidado, el aumento de la calidad de vida y ayudar a la reorganización de la vida profesional, social y familiar de estas mujeres.

REFERENCIAS

1. Silva RCG da, Silva AC de O, Peres AL, Oliveira SR de. Perfil de mulheres com câncer de colo do útero atendidas para tratamento em centro de oncologia. *Rev Bras Saúde Mater Infant*. [Internet]. 2018 [cited 05 fev 2020]; 18(4). Available from: <https://doi.org/10.1590/1806-93042018000400002>.
2. Instituto Nacional de Câncer. Estimativa/2020. Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro, RJ[BR]: INCA; 2020.
3. Donaire BG, Souza SM de P, Giorgi LPCV, Souza NM de P. Evaluation of the epidemiological profile of patients diagnosed with Invasive Carcinoma of the Uterine Cervix. *Health Resid J*. [Internet]. 2021 [cited 12 ago 2020]; 2(10). Available from: <https://doi.org/10.51723/hrj.v2i10.161>.
4. Campbell G, Thomas TH, Hand L, Lee YJ, Taylor SE, Donovan HS. Caring for survivors of gynecologic cancer: assessment and management of long-term and late effects. *Semin Oncol Nurs* [Internet]. 2019 [cited 12 ago 2020]; 35(2). Available from: <https://doi.org/10.1016/j.soncn.2019.02.006>.
5. Coelho ALLPB, Pinheiro ALLP, Simpson SC, Zeituni C, Rostelato MECM. Ionizing radiation as a treatment for women with cervical cancer in Araguaína-TO, from 2000 to 2015. *Braz J Develop*. [Internet]. 2019 [cited 16 ago 2020]; 5(10). Available from: <https://doi.org/10.34117/bjdv5n10-004>.

6. Harris MG. Sexuality and menopause: Unique issues in gynecologic cancer. *Semin Oncol Nurs*. [Internet]. 2019 [cited 16 ago 2020]; 35(2). Available from: <https://doi.org/10.1016/j.soncn.2019.02.008>.
7. Correia RA, Bonfim CV do, Feitosa KMA, Furtado BMASM, Ferreira DK da S, Santos SL dos. Sexual dysfunction after cervical cancer treatment. *Rev Esc Enferm USP*. [Internet]. 2020 [cited 12 ago 2020]; 54:e03636. Available from: <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2019029903636>.
8. Souza VR dos S, Marziale MHP, Silva GTR, Nascimento PL. Tradução e validação para a língua portuguesa e avaliação do guia COREQ. *Acta Paul. Enferm*. [Internet]. 2020 [cited 14 de ago 2020]; 3(4). Available from: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021AO02631>.
9. Bardin L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70; 1977.
10. Minayo MC de S. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. *Revista pesquisa qualitativa*. [Internet]. 2018 [cited 12 ago 2020]; 5(7). Available from: <https://editora.sepq.org.br/rpq/article/view/82/59>.
11. Acauan LV, Abrantes CV, Stipp MAC, Trotte LAC, Paes GO, Queiroz ABA. Use of the iramuteq® software for quantitative data analysis in nursing: a reflective essay. *Rev Min Enferm*. [Internet]. 2020 [cited 14 ago 2020]; 24:e1326. Available from: <https://doi.org/10.5935/1415-2762.20200063>.
12. Ferreira CR, Isaac L, Ximenes VS. Cuidar de idosos: um assunto de mulher? *Est Inter Psicol* [Internet]. 2018 [cited 12 ago 2020]; 9(1). Available from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2236-64072018000100007.
13. Rela ER, Panozzo NSP, Cescon JPP. The feminine in images: visual narrative for the teaching of History and Art. *Métis: Hist Cult* [Internet]. 2019 [cited 12 mar 2021]; 18(35). Available from: <https://doi.org/10.18226/22362762.v18.n.35.04>.
14. Silva IML da, Schumacher B. Conhecimento e sentimentos das mulheres com diagnóstico de câncer de colo de útero. *Redes - Rev Interd IELUSC* [Internet]. 2020 [cited 30 mar 2021]; 1(3). Available from: <http://revistaredes.ielusc.br/index.php/revistaredes/article/view/60>.
15. Lopes VAS, Ribeiro JM. Cervical cancer control limiting factors and facilitators: a literature review. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2019 [cited 10 dez 2020]; 24 (3). Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018249.32592017>.
16. Silva RDN da, Rosa LM da, Radünz V, Cesconetto D. Evaluation and classification of vaginal stenosis in brachytherapy: instrument content validation for nurses. *Texto Contexto Enferm*. [Internet]. 2018 [cited 10 dez 2020]; 27(2). Available from: <https://doi.org/10.1590/0104-070720180005700016>.
17. Araújo CRG de, Rosas AMMTF, Menezes HF de, Pinto ACS, Rodrigues BMRD. The phenomenon lived by women in nursing consultation in the gynecological brachytherapy. *Texto Contexto Enferm*. [Internet]. 2017 [cited 10 fev 2021]; 26(2). Available from: <https://doi.org/10.1590/0104-07072017000140016>.
18. Bakker RM, Kenter GG, Creutzberg CL, Stiggelbout AM, Derks M, Mingelen W, et al. Sexual distress and associated factors among cervical cancer survivors: a cross-sectional multicenter observational study. *Psycho-oncology* [Internet]. 2017 [cited 10 dez 2020]; 26(10). Available from: <https://doi.org/10.1002/pon.4317>.
19. Ramalho NM, Pinheiro CC, Paula CL de, Carneiro VCG, Lima JT de O. Qualidade de vida após o câncer ginecológico: menopausa e função sexual. *Rev. Bras. Sex. Hum*. [Internet]. 2020 [cited 25 fev 2022]; 30(1). Available from: https://www.rbsh.org.br/revista_sbrash/article/view/67.
20. Nascimento FC, Deitos J, Luz CM da. Comparison of pelvic floor dysfunction with sexual function and quality of life in gynecological cancer survivors. *Cad. Ter. Ocup*. [Internet] 2019 [cited 20 jan 2022]; 27(1). Available from: <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoAO1640>.
21. Bae H, Park H. Sexual function, depression, and quality of life in patients with cervical cancer. *Support Care Cancer*. [Internet] 2016 [cited 10 fev 2021]; 24(3). Available from: <https://doi.org/10.1007/s00520-015-2918-z>.

22. Toledo YM, Menezes M de PN, Barros ES. Evaluation of the sexuality of cervical cancer patients in Sergipe. *Res Soc Dev*. [Internet] 2021 [cited 15 fev 2021]; 10(2). Available from: <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i2.12375>.
23. Kameo SY, Fonseca TV, Lima RB, Vassilievitch AC, Silva GM, Marinho PML, *et al*. Adverse reactions in oncological patients after radiotherapy treatment. *Rev Enferm Atual In Derme* [Internet]. 2020 [cited 31 mar 2021]; 92(30). Available from: <https://revistaenfermagematual.com.br/index.php/revista/article/view/698>.
24. Saboia DM, Firmiano MLV, Bezerra K de C, Vasconcelos Neto JA, Oriá MOB, Vasconcelos CTM. Impact of urinary incontinence types on women's quality of life. *Rev Esc Enferm USP*. [Internet] 2017 [cited 10 dez 2021]; 51(1). Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2016032603266>.
25. Mota MS, Silva CD, Gomes GC. Life and sexuality of women with na ostomy: support nursing. *R Enferm Cen O Min*. [Internet] 2016 [cited 10 fev 2021]; 6(2). Available from: <https://doi.org/10.19175/recom.v6i2.1004>.
26. Fernández-Cacho LM, Ayesa-Arriola R. Quality of life, pain and anxiety in patients with nephrostomy tubes. *Rev Latino-Am Enfermagem*. [Internet] 2019 [cited 10 fev 2021]; 27(1). Available from: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3039.3191>.
27. Schilder P. *A imagem do corpo: as energias construtivas da psique*. 3. ed. São Paulo: Martins Fontes; 1999.
28. Pimentel NBL, Modesto FC, Lima VCGS, Andrade KBS de, Oliveira AM de, Fuly P dos SC, Santos MLSC dos. Cervical cancer and the psychosocial impact of pelvic radiotherapy: an integrative review. *RSD* [Internet]. 2020. [cited 12 out 2021]; 9(10). Available from: <https://www.rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/9052>.
29. Barros AE de S, Conde CR, Lemos TMR, Kunz JA, Ferreira M de L de SM. Feelings experienced by womwn when receiving the diagnosis of breast cancer. *Rev Enferm UFPE*. [Internet]. 2018 [cited 10 fev 2021]; 12(1). Available from: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i1a23520p102-111-2018>.
30. Wakiuchi J, Oliveira DC, Marcon SS, Oliveira MLF de, Sales CA. Meanings and dimensions of cancer by sick people – a structural analysis of social representations. *Rev Esc Enferm USP*. [Internet]. 2020 [cited 28 mar 2021]; 54(1). Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2018023203504>.

PSYCHOSOCIAL REPERCUSSIONS OF RADIOTHERAPY TREATMENT FOR CERVICAL CANCER: A QUALITATIVE APPROACH

ABSTRACT:

Objective: to understand the psychosocial repercussions of post radiotherapy treatment for cervical cancer. **Method:** qualitative study, with the participation of patients in post radiotherapy treatment for cervical cancer in an oncogynecologic nursing outpatient clinic, located in the Municipality of Rio de Janeiro - Brazil. Data were collected during the months of March and April 2019 by means of open interview and submitted to content analysis. **Results:** four categories were defined: the construct of social roles: the loss of female identity; the sexuality of post-treated women for cervical cancer: marital repercussions; difficulties in adapting to the new life condition: rebuilding the body image; living with cervical cancer: rethinking life and rebuilding values through the support network. **Final considerations:** the results contribute to the direction of care, increasing the quality of life and helping these women reorganize their professional, social, and family lives.

DESCRIPTORS: Stress, Psychological; Psychosocial Impact; Psycho-Oncology; Radiotherapy; Brachytherapy.

*Artículo extraído de la tesis de máster/doctorado "O CUSTO DA CURA: REPERCUSSÕES PSICOSSOCIAIS DO TRATAMENTO RADIOTERÁPICO PARA O CÂNCER DO COLO UTERINO", Universidade Federal Fluminense, Niterói, RJ, Brasil, 2021.

Recibido en: 29/11/2021

Aprobado en: 26/06/2022

Editor asociado: Dra. Luciana Nogueira

Autor correspondiente:

Natalia Beatriz Lima Pimentel

Universidade Federal Fluminense/UFF; Programa Acadêmico de Ciências do Cuidado em Saúde/PACCS

Rua Visconde de Abaeté 109, Bloco 2, apto 402. Vila Isabel. RJ. Cep: 20551-080. Brasil.

E-mail: nataliabeatriz@outlook.com

Contribución de los autores:

Contribuciones sustanciales a la concepción o diseño del estudio; o la adquisición, análisis o interpretación de los datos del estudio - **Pimentel NBL, Modesto FC, Lima VCGS, Oliveira AM de, Andrade KBS de, Fuly P dos SC, Santos MSC dos**; Elaboración y revisión crítica del contenido intelectual del estudio - **Pimentel NBL, Modesto FC, Lima VCGS, Oliveira AM de, Andrade KBS de, Fuly P dos SC, Santos MSC dos**; Responsable de todos los aspectos del estudio, asegurando las cuestiones de precisión o integridad de cualquier parte del estudio - **Pimentel NBL, Modesto FC, Lima VCGS, Oliveira AM de, Andrade KBS de, Fuly P dos SC, Santos MSC dos**. Todos los autores aprobaron la versión final del texto.

ISSN 2176-9133



Esta obra está bajo una Licencia [Creative Commons Atribución 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).