



**Análisis de las experiencias de las mujeres con cáncer de cuello uterino (CCU) que tuvieron  
tratamiento quirúrgico, frente al proceso de atención en el tratamiento en salud.**

Quelly Johana Trujillo Vargas

Asesora

Nidia Yineth Preciado Duarte

Fundación Universitaria Sanitas

Facultad de Psicología

Especialización en Psicología Clínica

Bogotá D.C, Colombia

2025

## Resumen

El cáncer de cuello uterino (CCU) ha llegado a transformarse en una problemática de grandes dimensiones para las mujeres latinoamericanas, quienes ven alterada su salud física y los aspectos sociales y emocionales de su vida. Precisamente, la evaluación de los resultados del tratamiento desde la mirada de las pacientes contribuye a que se logre mejorar la calidad y humanización de los servicios de salud. El presente trabajo surge como resultado del apoyo a una investigación dentro de un proyecto macro, desarrollado por los docentes Nidia Yineth Preciado Duarte y Mauricio Polanco Valenzuela, profesores de la Facultad de Psicología, Ciencias Sociales y de la Educación de la Fundación Universitaria Sanitas, proyecto, titulado “Estrategias psicológicas, sociales y comunitarias que aporten al proceso de valor en salud al interior de la ruta de atención del cáncer de cuello uterino de la EPS Sanitas, desde la mirada de PREMS y PROMS”, que se llevó a cabo entre los años 2020 y 2022.

En este sentido, el presente proyecto de investigación tiene como objetivo “Comprender el sentido de las experiencias de las pacientes sobrevivientes de cáncer de cuello uterino (CCU) frente al tratamiento con procedimiento quirúrgico recibido en el proceso de atención en la EPS Sanitas”, tomando como referencia la perspectiva de PROMS, que por su sigla en inglés (Patient-Reported Outcome Measures) se pueden medir los resultados percibidos por los pacientes, la cual son definidas como “mediciones de resultados comunicados por los pacientes para evaluar su salud y bienestar”(Bull et al., 2022b), de manera que se busca describir las efectividad, eficiencia y eficacia, frente al tratamiento recibido, así como el desenlace y la calidad de vida relacionada con la salud de las pacientes sobrevivientes de cáncer de cuello uterino (CCU).

Este análisis se desarrolló a partir de una metodología de estudio cualitativo, desde el paradigma fenomenológico; contó con la participación de 8 participantes, en manejo por cáncer de

cuello uterino cuya información fue obtenida mediante entrevistas individuales, y procesadas mediante análisis de contenido con ayuda del software ATLAS. Ti 25.

Resultados: las experiencias de las mujeres frente al tratamiento recibido están orientado a las perspectivas frente al diagnóstico y manejo del cáncer que manifestaban las participantes, la experiencia de la efectividad del tratamiento, la eficiencia del tratamiento y finalmente de la eficacia del tratamiento.

Conclusión: las sobrevivientes de cáncer de cuello uterino vivieron el tratamiento como una experiencia ambivalente, combinando confianza clínica y transformación personal, con significados negativos hacia un sistema de salud fragmentado que generó sentimientos de abandono durante su proceso asistencial.

**Palabras clave:** neoplasias del cuello uterino; resultados del tratamiento, resultados informados por el paciente, servicios de salud, psicología de la salud.

### **Abstract**

Cervical cancer (CCU) has become a major problem for Latin American women, who see their physical health and the social and emotional aspects of their lives altered. Precisely, the evaluation of the results of treatment from the patients' point of view contributes to improve the quality and humanization of health services. This work arises as a result of the support to a research within a macro project, developed by professors Nidia Yineth Preciado Duarte and Mauricio Polanco Valenzuela, professors of the Faculty of Psychology, Social Sciences and Education of the Sanitas University Foundation, project entitled “Psychological, social and community strategies that contribute to the health value process within the cervical cancer care route of the EPS Sanitas, from the perspective of PREMS and PROMS”, which was carried out between 2020 and 2022.

In this sense, the present research project aims to “Understand the meaning of the experiences of cervical cancer (CCU) survivor patients regarding the treatment with surgical procedure received in the care process at EPS Sanitas”, taking as a reference the PROMS (Patient-Reported Outcome Measures) perspective, which can measure the results perceived by patients, which are defined as “measures of results reported by patients to evaluate their health and well-being” (Bull et al., 2022b), in order to describe the effectiveness, efficiency and efficacy of the treatment received, as well as the outcome and health-related quality of life of cervical cancer (CCU) survivors.

This analysis was developed from a qualitative study methodology, from the phenomenological paradigm; it involved the participation of 8 participants in cervical cancer management whose information was obtained through individual interviews, and processed through content analysis with the help of ATLAS software. Ti 25.

Results: the women's experiences of the treatment received are oriented to the perspectives on the diagnosis and management of cancer that the participants expressed, the experience of the effectiveness of the treatment, the efficiency of the treatment and finally the efficacy of the treatment.

Conclusion: cervical cancer survivors lived the treatment as an ambivalent experience, combining clinical confidence and personal transformation, with negative meanings towards a fragmented health system that generated feelings of abandonment during their care process.

**Keywords:** cervical neoplasms; treatment outcomes, patient-reported outcomes, health services, health psychology.

## Tabla de contenido

Planteamiento del Problema y Justificación _____	10
Marco Teórico _____	15
Relación del Humanismo en la Fenomenología _____	17
Marco Conceptual _____	19
Cáncer de Cuello Uterino _____	19
Proceso de Salud- Enfermedad _____	19
Perspectiva del Paciente _____	20
Percepción del Paciente Frente al Tratamiento _____	24
Expectativa del Paciente Frente al Tratamiento con Respecto a la Efectividad, Eficiencia y Eficacia _____	24
Efectividad _____	25
Eficiencia _____	25
Eficacia _____	25
Acompañamiento del Cuidador en el Proceso de Enfermedad _____	26
Costos y Valor en Atención del Cáncer de Cuello Uterino _____	27
Trato Humanizado _____	28
Calidad de Vida Relacionada con la Salud _____	29
Estado del Arte _____	30
Objetivos _____	42
Objetivo General _____	42
Objetivos Específicos _____	42
Marco Metodológico _____	43
Enfoque y Tipo de Estudio _____	43
Metodología _____	43
Estrategias de Recolección de Información _____	43
Participantes del Estudio _____	44
Unidad de Análisis _____	45
Tipo de Muestreo _____	46
Criterios de Inclusión _____	46

Criterios de Exclusión	46
Recolección y Análisis de la Información	47
Criterios de Rigor	48
Credibilidad	48
Fiabilidad	49
Transferibilidad	49
Consideraciones Éticas	50
Resultados	54
Subcategorías Emergentes de Codificación Abierta	55
Reacción Emocional Inicial	56
Participación	56
Transformación Personal	57
Secuelas del Tratamiento	57
Expectativa de Curación	58
Incertidumbre Postratamiento	59
Percepción Positiva Global	59
Vida Después del Cáncer	60
Retrasos en la Atención	61
Saturación del Servicio	62
Acceso limitado e Inequidad Geográfica	62
Ineficacia Percibida	63
Incertidumbre Terapéutica	63
Dolor Residual	64
Síntomas No Resueltos	65
Discusión	67
Conclusiones y Recomendaciones	72
Referencias	73
Anexos	81

## Lista de Tablas

*Tabla 1* \_\_\_\_\_ 45

*Tabla 2* \_\_\_\_\_ 55

## Lista de Figuras

<i>Figura 1</i>	52
-----------------	----

---

**Lista de Anexos**

*Anexo 1.* \_\_\_\_\_ 75

## **Planteamiento del Problema y Justificación**

El Cáncer de Cuello Uterino (CCU) es una de las enfermedades más comunes entre las mujeres a nivel mundial; en 2022, se registraron 350.000 muertes a causa de esta enfermedad y se identificaron 660.000 nuevos casos, posicionándose como la cuarta causa más frecuente de cáncer en mujeres; las tasas más altas de prevalencia y mortalidad se registran en países con ingresos bajos y medios, observando de esta manera una brecha de desigualdad en cuanto al acceso de servicios de vacunación, cribado y tratamientos. La prevalencia es alta en alrededor de 25 países, gran parte de los cuales se encuentran en África subsahariana, destacando que existen factores de riesgo los cuales son proclives a la adquisición de CCU entre los que se encuentran, factores sociales y económicos como el sexo femenino, los prejuicios de género, la pobreza, y la prevalencia del VIH (OMS, 2023).

En esta línea, la OMS (2023) indica que el 95% de cáncer cervicouterino se debe a una infección que persiste por causa del VPH, entre los factores de vulnerabilidad susceptible al cáncer se encuentran, el débil funcionamiento del sistema inmunológico, la existencia de una o más infecciones que se transmiten principalmente a través del contacto sexual, el número de partos, embarazos a edad temprana, el uso de anticonceptivos hormonales, el tipo de virus de VPH que se está desarrollando. Se han identificado, por lo menos, 200 tipos de VPH; alrededor de 25 afectan el aparato anogenital masculino y femenino. Los serotipos más frecuentes de VPH que afectan el área anogenital se dividen en 3 grupos (predicen su capacidad para provocar neoplasias) y se asocian con condilomas. Los subtipos 6 y 11 son responsables de 90% de las verrugas genitales (condilomas) benignas observadas en Estados Unidos. Los serotipos de bajo riesgo se asocian con cambios descritos en pacientes con neoplasia intraepitelial cervical (NIC) de bajo grado, pero rara vez o nunca se relacionan con displasias de alto grado ni con cáncer

invasor. Los serotipos de alto riesgo oncogénico más frecuentes en pacientes con lesiones cervicales de alto grado son el 16 y 18 (Soto-Fuenzalida & Hernández-Hernández, 2020).

Complementariamente el National Cancer Institute (NIH, 2023), indica que el cáncer de cuello uterino (CCU), se origina en las células del cuello del útero, que constituye la parte final, del sistema reproductor femenino, conexión entre el útero y vagina, también conocida como el canal del parto. Es pertinente indicar que este tipo de cáncer se expande progresivamente perjudicando los tejidos y los órganos más cercanos, antes de que el cáncer se forme las células cervicales sufren cambios conocidos como displasias, posteriormente se convierten en células atípicas que con el tiempo se convierten potencialmente en cancerosas.

Así mismo, el CCU se ha catalogado como un problema de salud pública a nivel mundial, por tal motivo diferentes países han acordado implementar diversas estrategias, junto a la OMS y Naciones Unidas, que tiene como objetivo eliminar y mitigar la tasa de mortalidad y prevalencia del CCU para el año 2030. Según la OMS (2023) se establecieron tres metas específicas planteadas de la siguiente manera, 1) lograr la inmunización del 90% de las niñas con la vacuna contra el VPH antes de los 15 años; 2) garantizar que el 70% de las mujeres se realice una prueba de detección precisa antes de los 35 años y otra antes de los 45; y 3) asegurar el tratamiento del 90% de las mujeres que presenten lesiones precancerosas o cáncer cervicouterino (Organización panamericana de la Salud, 2022).

En 2022, más de 78 000 mujeres fueron diagnosticadas de cáncer cervicouterino y más de 40 000 fallecieron por esta enfermedad en la Región de las Américas (Organización panamericana de la Salud, 2022), contrastando una mortalidad 3 veces mayor frente Norteamérica, destacando desigualdades en salud (Organización panamericana de la Salud, 2022).

Adicionalmente, en Colombia en la actualidad hay un total de 35.895 mujeres con diagnóstico de CCU a corte de febrero de 2024 (CAC, 2022). Así mismo la distribución de los

casos incidentes a nivel nacional destacan la región caribe y central con un porcentaje de incidencia de 31,6% y 25,6% respectivamente. En cuanto a la tendencia de oportunidad de inicio de tratamiento a nivel nacional se tiene estimado una meta de menos de 15 días, siendo la media de 28 días (Cuenta de alto costo, 2024). En cuanto a la media de edad donde ocurre el diagnóstico a nivel nacional se encuentra entre 35 a 45 años, pero la mayor mortalidad se centra en las mujeres mayores de 65 años (Ministerio de Salud y Protección Social, 2024).

En ese sentido, se destaca la necesidad de fortalecer las estrategias de prevención del CCU, inicialmente, fortalecer la alfabetización en salud en la población relacionado con esta enfermedad, así mismo que dentro de los servicios de salud se fortalezcan las campañas educativas y programas de sensibilización dirigidos a la prevención, detección temprana y promoción de hábitos saludables, así mismo garantizar y aumentar las coberturas de vacunación contra del VPH, entre los 9 y 14 años. La combinación de educación, acceso a servicios médicos y medidas preventivas adecuadas contribuirá significativamente a reducir la incidencia de esta enfermedad.

De la misma manera, se ha evidenciado el impacto que genera el CCU sobre el bienestar y la calidad de vida de las mujeres que viven cotidianamente con este diagnóstico, con el tratamiento y los efectos después del tratamiento, se evidencia el alto nivel de repercusión en la dimensión mental y emocional, en donde, las mujeres al enfrentarse y al llevar un proceso de tratamiento generan diversas alteraciones emocionales como lo son: estrés, ansiedad y depresión; llegando al punto de interferir de manera drástica en áreas familiares, sociales, laborales y educativas de cada mujer (Castillo, 2007). Es allí en donde la experiencia hospitalaria y de atención desde un modelo integral juegan un rol importante en cuanto al curso de la enfermedad durante el conocimiento del diagnóstico y del tratamiento (quimioterapias, radioterapias), siendo importante el trato recibido por parte del personal de salud en torno al beneficio y mejoraría del

estado físico y emocional de cada mujer con cáncer de cuello uterino, sumado desde también la fácil adaptación y recuperación de su proceso de enfermedad (Gutiérrez, 2017).

En consecuencia, de lo anterior y teniendo en cuenta las afectaciones que experimentan las pacientes, es importante que el sistema de salud brinde una atención integral que favorezcan el bienestar y la salud mental de las personas que padecen de CCU. Para tal fin, es importante conocer cuáles son las experiencias de los pacientes frente a la atención y tratamiento recibido, de manera que contribuya a la elaboración de estrategias psicológicas, sociales y comunitarias que se puedan implementar para generar valor en salud desde la perspectiva de PROMS en la EPS sanitas para el proceso de atención del CCU, con la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es el sentido de las experiencias de pacientes sobrevivientes del CCU frente al tratamiento recibido en el proceso de atención en la EPS Sanitas?.



### **Marco Teórico**

La investigación fenomenológica constituye un enfoque cualitativo que busca comprender la esencia de las experiencias vividas por los individuos, priorizando la descripción detallada de los fenómenos desde la perspectiva de quienes los experimentan. Surgió de la filosofía de Edmund Husserl y Martin Heidegger, enfocándose en el estudio de la conciencia humana y las estructuras subyacentes que dan significado a la realidad percibida (Writers, 2024). Este diseño se distingue por su capacidad para explorar la complejidad de las vivencias humanas mediante métodos interpretativos y descriptivos, evitando la imposición de marcos teóricos preconcebidos (Harappa, 2021).

Un elemento central de la fenomenología es el bracketing (Paréntesis), proceso mediante el cual el investigador suspende sus juicios y suposiciones para acceder a la experiencia pura de los participantes, esta práctica, aunque compleja, permite minimizar el sesgo y capturar la autenticidad de los relatos; Estudios recientes en enfermería destacan que el 79% de las investigaciones fenomenológicas descriptivas aplican este principio, aunque solo el 45% detalla explícitamente su metodología de bracketing, revelando una brecha en la transparencia metodológica (Shorey & Ng, 2022).

La recolección de datos en este enfoque se basa predominantemente en entrevistas en profundidad, diarios personales y observaciones participativas; Un ejemplo ilustrativo es el estudio de Barrow (Harappa, 2021), donde se analizaron las experiencias de padres de niños con autismo mediante entrevistas semiestructuradas y el uso de fotografías familiares como detonantes narrativos. Este método facilita la emergencia de temas como la resiliencia, las barreras institucionales y las transformaciones identitarias, demostrando cómo la fenomenología revela dimensiones subjetivas invisibles en otros diseños (Harappa, 2021).

El análisis fenomenológico sigue un proceso iterativo que incluye: 1) Lectura horizontal de los datos para identificar unidades de significado, 2) Reducción fenomenológica para eliminar redundancias, 3) Síntesis temática mediante codificación interpretativa, y 4) Construcción de una descripción esencial del fenómeno (Sampieri et al., 2012). En contextos educativos multiculturales, esta metodología ha permitido develar las tensiones entre adaptación cultural y preservación identitaria en estudiantes internacionales, evidenciando su utilidad para estudiar experiencias transicionales complejas (Alhazmi & Kaufmann, 2022).

Un análisis de 103 estudios en revistas de enfermería (2021) identificó incongruencias entre los objetivos fenomenológicos y las técnicas de análisis en el 34% de los casos, junto con una frecuente omisión de justificaciones metodológicas. Estos hallazgos subrayan la necesidad de estandarizar protocolos de reporte que incluyan: marco filosófico explícito (husserliano vs. heideggeriano), estrategias de validación intersubjetiva y descripción detallada del proceso de bracketing.

La fenomenología ha demostrado especial relevancia en ciencias de la salud y educación, donde comprender la experiencia subjetiva es crucial. En oncología, por ejemplo, ha permitido mapear las dimensiones existenciales del cuidado paliativo, mientras que en pedagogía ha iluminado los procesos de integración académica en minorías culturales. Su flexibilidad metodológica la convierte en un puente entre la investigación cualitativa y la práctica clínica, generando insights aplicables al diseño de intervenciones centradas en el usuario.

Finalmente, la fenomenología en su correcta aplicación requiere dominio filosófico, rigor en la recolección de datos y transparencia analítica, aspectos que continúan evolucionando mediante investigaciones empíricas y revisiones críticas. Al integrar perspectivas descriptivas e interpretativas, este enfoque mantiene su vigencia como herramienta indispensable en la investigación cualitativa contemporánea.

## **Relación del humanismo en la fenomenología**

El humanismo desempeña un papel fundamental en la fenomenología, ya que ambos enfoques comparten una preocupación central: comprender la experiencia humana en su totalidad, reconociendo la subjetividad, la libertad y la dignidad inherentes a cada individuo. La fenomenología, iniciada por Edmund Husserl, se centra en describir cómo los fenómenos se presentan a la conciencia, mientras que el humanismo enfatiza la importancia de la persona como ser consciente y libre.

En la obra de Husserl, el ser humano es concebido como un sujeto trascendental que constituye el sentido del mundo a través de su experiencia vivida. Esta perspectiva rechaza una visión dualista del hombre y propone una comprensión del ser humano como una totalidad estructurada dinámicamente, capaz de experimentar el mundo de manera significativa (Herrera Restrepo, 1999). Así, la fenomenología husserliana ofrece una base sólida para un humanismo que valora la subjetividad y la intencionalidad de la conciencia.

Maurice Merleau-Ponty, influenciado por Husserl y Heidegger, profundiza en la idea de la corporalidad como fundamento de la percepción y la experiencia. Para Merleau-Ponty, el cuerpo no es simplemente un objeto en el mundo, sino el medio a través del cual nos relacionamos con él. Esta concepción resalta la importancia de la experiencia y refuerza una visión humanista que reconoce al ser humano como un ente en constante interacción con su entorno (Toro Palacio, 2018).

Por otro lado, en el ámbito educativo, Paulo Freire integra principios fenomenológicos y humanistas en su pedagogía. Freire critica la educación "bancaria" que trata a los estudiantes como receptáculos pasivos de conocimiento y propone una educación liberadora que reconoce a los educandos como sujetos activos en la construcción de su realidad. Esta propuesta se

fundamenta en un humanismo crítico que busca la humanización a través del diálogo y la reflexión sobre la experiencia vivida (Estrada Lopera, 2018).

En el campo de la psicoterapia, enfoques como la terapia Gestalt y las constelaciones familiares, influenciados por la fenomenología, promueven una comprensión profunda de la experiencia del paciente en el "aquí y ahora". Este enfoque humanista-fenomenológico enfatiza la autenticidad, la responsabilidad personal y la autorregulación, permitiendo al individuo explorar y comprender sus vivencias de manera integral (Hernández Santander, 2014).

Paralelamente, algunos filósofos como Martin Heidegger han cuestionado ciertas concepciones del humanismo. En su "Carta sobre el humanismo", Heidegger critica la visión tradicional del humanismo por centrarse en una noción metafísica del ser humano y propone una comprensión del hombre como "ser-en-el-mundo", enfatizando su existencia concreta y su relación con el ser (Carreño, 2011).

En síntesis, la fenomenología y el humanismo se entrelazan en su esfuerzo por comprender la experiencia humana en su totalidad, reconociendo la importancia de la subjetividad, la corporalidad y la libertad. Este enfoque conjunto ha influido significativamente en diversos campos, desde la educación hasta la psicoterapia, promoviendo prácticas que valoran y respetan la dignidad y la autenticidad del ser humano.

## **Marco Conceptual**

### **Cáncer de cuello uterino**

El cáncer de cuello uterino es una patología multifactorial relacionada con el Virus del Papiloma Humano (VPH), como condición necesaria pero no suficiente para desarrollar como tal la enfermedad, este tipo de cáncer es producto de una infección de las células cervicales del cuello uterino con un tipo oncogénico del VPH, la cual se puede contraer durante una relación sexual, desarrolla lesiones epiteliales pre-invasivas, algunas de resolución espontánea y otras que progresan hacia el cáncer invasor, todas las mujeres pueden contraer cáncer de cuello uterino pero se da en mayor la etapa de la adultez en mujeres mayores de 30 años (CDC, 2019).

Otros factores asociados a la evolución de las lesiones son: el estilo de vida del paciente o de su pareja, la herencia, el estado hormonal, entre otras variables individuales, que se suman a la baja cobertura de servicios de salud, así como las situaciones socioeconómicas y socioculturales (Contreras 2012; citados por Caro y Cano, 2016).

### **Proceso de salud- enfermedad**

Según Sacchi et al, (2007), el proceso de salud- enfermedad es entendido como el concepto que el propio individuo tiene en función de su enfermedad, relacionado con el proceso evolutivo que el paciente ha tenido desde los primeros síntomas hasta la etapa de cronicidad que finaliza en la aparición de secuelas o recaídas, el proceso de salud y enfermedad se determina a partir de componentes biológicos, contextuales y culturales, en donde la persona genera una construcción propia de su enfermedad, dado a que cada individuo vive su enfermedad según sus características individuales y sus creencias Según la investigación realizada por (Toro et al, 2014), denomina ¿Cuál es la percepción de enfermedad de pacientes colombianos con lupus eritematoso sistémico?, se evidencia que la percepción del paciente en relación con su

enfermedad es una representación cognitiva que tiene influencia de manera directa en la respuesta emocional de la persona y en como el mismo adopta estrategias de afrontamiento para hacer frente a su enfermedad y a la comprensión de la misma, la percepción del paciente en relación con su proceso de salud- enfermedad es elaborada por medio de la experiencias directas personalmente vividas, sumado se encuentra la teoría de Leventhal sobre la percepción de la enfermedad realizada en 1996 y citada por (Toro et al, 2014), en donde afirma que la persona elabora su percepción en relación a la enfermedad desde múltiples componentes, como primero se encuentra la identidad la cual hace referencia al nombre o etiqueta que la persona tiene de la enfermedad y a los signos de la misma, como segundo componente están las consecuencias entendida como la percepción de la persona en torno acerca de las implicaciones físicas, sociales y económicas que tiene la enfermedad, al igual, las consecuencias emocionales que implica, como tercer componente se encuentra las causas, definidas como las ideas que la persona tiene sobre su etiología o causas de la enfermedad, en el cuarto componente se encuentra la duración la cual hace alusión a la expectativa del paciente acerca de la evolución y el tiempo que durara la enfermedad y como quinto componente esta la cura-control definida como hasta qué punto la enfermedad es receptiva al tratamiento.

### **Perspectiva del paciente**

La experiencia de haber tenido cáncer o de vivir con el diagnóstico de forma crónica, tiene consigo una serie importante de retos para las personas, pues además de ser emocionalmente muy costoso enfrentarse a una enfermedad que amenaza la vida, ésta conlleva experimentar tratamientos y situaciones altamente desagradables, lo que parece mejorar cuando las personas están en remisión (libres de enfermedad), sin embargo, no es así, allí no termina el proceso, aún persisten retos relacionados con la reincorporación a la vida cotidiana con las

secuelas emocionales y un cúmulo de temores por la siempre latente posibilidad de reaparición del cáncer o recaída (Pérez et al, 2017); autores como Azevedo, Fontão & Thome (2017), identificaron que una de las variables que mejor va a determinar la respuesta de afrontamiento y la recuperación posterior, es la comunicación y las relaciones que establece con el equipo que la atiende y sus redes de apoyo, lo que resulta ser un gran reto, ya que son elementos propios del comportamiento humano los que permitirían una resolución más efectiva de la situación y con ello aumentan la percepción de bienestar.

Al estudiar las respuestas de los pacientes con cáncer frente al diagnóstico, se involucra el significado atribuido del paciente acerca de la enfermedad y éstas están relacionadas con los pensamientos y emociones derivados de la experiencia de estar enfermo y relacionarse con creencias individuales sobre salud / enfermedad, por ejemplo, como se mencionó anteriormente la forma como se piensa sobre el cáncer depende de forma significativa de la experiencia y la cultura, para así construir juicios positivos, negativos o incluso irracionales sobre la enfermedad; en este sentido, el contenido representativo puede estar relacionado con la valoración cognitiva que hace la persona sobre los riesgos que la enfermedad puede traer a la salud de un individuo, usualmente relacionados con la muerte; la respuesta natural frente a esas valoraciones que realiza la persona conlleva a una respuesta emocional, lo que exige que se realicen estrategias de autorregulación, ésta es vinculada, en parte, a la evaluación de síntomas, el conocimiento, las creencias y percepciones de riesgo, como factores involucrados y finalmente esto es lo que explica el resultado o comportamiento que suelen tener las personas frente al diagnóstico del cáncer; y aunque todas las personas realizan los procesos cognitivos mencionados, no todos responden o se comportan de la misma manera, porque cada individuo vive en un lugar único y así mismo tiene sus propias percepciones sobre tal enfermedad (De castro, et al, 2013).

En el caso de las respuestas emocionales de las mujeres con cáncer de cuello uterino, se encuentra que el tipo de cáncer y su relación cercana en su etiología con el comportamiento de la mujer, así como los tratamientos como la cirugía, la quimioterapia, la braquiterapia y la radioterapia, tienen un fuerte impacto, por lo que es usual que aparezcan sentimientos de culpa y realización de una retrospectiva y prospectiva negativa de la vida, llegando incluso a rechazar o a significar de forma negativa la enfermedad y toda la experiencia que conlleva (De Castro, et al, 2013; citado por Haas, et al, 2017).

Es usual que las opciones terapéuticas en el caso del cáncer de cuello uterino impliquen cambios sustanciales e incluso definitivos sobre sus vidas en contextos como relaciones de pareja, maternidad, el trabajo, roles sociales y familiares, entre otros, por lo tanto, diversos estudios han demostrado que la participación del paciente en la toma de decisiones de su tratamiento y la consideración de sus expectativas frente al mismo en la toma de decisiones, son determinantes para su afrontamiento, comportamiento y adherencia, nuevamente la mirada se centra en la comunicación con sus profesionales y contexto, de hecho los problemas y fallas en la comunicación son la causa más frecuente de insatisfacción de los pacientes (Arrighi, et al., 2010).

En respuesta al malestar emocional, alteraciones como la ansiedad y la depresión son las que se hacen altamente frecuentes en estas pacientes, presentando altos índices en las internaciones hospitalarias; especialmente, en el caso de las mujeres, se verifica que aquellas que se encuentran deprimidas necesitan tiempo, auxilio psicológico y apoyo familiar para la elaboración del dolor por la amputación de partes del cuerpo que son símbolos de feminidad, como algunos órganos reproductivos de la mujer así como los senos con las glándulas mamarias (Talgham 2011; citado por Haas, Levandowski, & Kalil, 2017).

También, se ha identificado que el CCU y en especial sus tratamientos, afectan intensamente el área sexual, la cirugía pélvica puede causar efectos psicológicos y fisiológicos, tales como sequedad vaginal ya que sufren disminución en la lubricación, menopausia temprana, acortamiento del canal vaginal, incluso hasta 5 años después de la histerectomía radical, así mismo se mencionaba que la dispareunia es constante, haciendo que estos cambios vaginales produjeran un considerable estrés en las mujeres (Melet, 2010).

Adicional, al impacto de la enfermedad y sus secuelas en la vida de la pareja, es importante señalar que la pareja en especial en parejas heterosexuales en contextos tradicionalmente machistas como el colombiano, tiene un rol fundamental en las etapas tempranas o en la prevención de la enfermedad, ya que, se ha identificado que los hombres influyen en la toma de decisiones de realizarse las pruebas diagnósticas y los tratamientos, ya que suelen encontrar que el contexto con profesionales hombres o el simple contacto físico que requiere la técnica intervenida pueden amenazar la fidelidad y comprometer de forma significativa la honra de las mujeres.

La familia es un importante determinante de la salud de cualquier persona que esté pasando por alguna enfermedad, ayuda a satisfacer las necesidades materiales y espirituales básicas para el fomento y conservación de la salud y el bienestar (Bernal, 2003). Ya que según el afrontamiento y el apoyo que brinde la familia, va a determinar de manera directa a la persona diagnosticada con cáncer, de modo que, si la familia sabe afrontar adecuadamente el diagnóstico de la enfermedad y mantiene buena comunicación con el paciente, ayudará a una mejor adaptación y afrontamiento de la enfermedad, adicional que el apoyo social es determinante, ya que beneficia a que la persona diagnosticada con cáncer mejore su calidad de vida (Medina, 2020).

Específicamente, en el caso del cuello uterino en las implicaciones familiares, se observan en estado avanzados de la enfermedad en especial cuando hay un compromiso significativo del funcionamiento vital de la paciente, lo que requiere de un cuidado permanente, en tal caso existe un riesgo importante de desarrollo de agotamiento de los cuidadores.

### **Experiencia del paciente frente al tratamiento**

No obstante, los pacientes es que no encuentran de qué manera ejercer efectivamente la participación frente las decisiones durante el procesos y tratamientos de la enfermedad, ya que el cáncer es una enfermedad donde la capacidad de decisión autónoma queda determinada por la complejidad y la urgencia del proceso. (Arrighi, Jovell y Dolores 2010) el significado que atribuye el paciente acerca de la enfermedad está relacionadas con los pensamientos y emociones derivados de la experiencia de estar enfermo y relacionarse con creencias individuales sobre salud y enfermedad; en este sentido, el contenido representativo puede estar relacionado con los riesgos de que la enfermedad p u e d e t r a e r a l a s a l u d d e u n i n d i v i d u o . (Kern de castro, Aretz, Lawrenz, Romeiro y Haas, 2013).

### **Experiencia del paciente frente al tratamiento con respecto a la efectividad, eficiencia y eficacia.**

Al asumir el rol del paciente con un perfil más activo, donde este desea asumir una mayor responsabilidad en la toma de las decisiones clínicas, tanto en sus proceso en el diagnóstico de la enfermedad donde el profesional exponen propuestas terapéuticas disponibles al paciente, esto se ve reflejado en las mujeres donde la experiencia de tener cáncer de cuello uterino, y pensar cuál de los tratamientos indicados por el profesional como (quimioterapia, radioterapia y braquiterapia) son efectivos, hace que estos tratamientos conlleven a un impacto emocional importante, es decir, tienes esa expectativa de recibir la atención psicológica adecuada donde se

incrementará el bienestar del paciente, incluyendo los temas de autoestima, visión y adaptación a la enfermedad y consecuencias, la comunicación, la expresión emocional y psicológica, así como el funcionamiento social de estas pacientes (Arrighi, Jovell y Dolores, 2010).

### ***Efectividad***

Cuando se presenta una enfermedad que afecta la calidad de vida de las personas, el paciente busca que los tratamientos sean efectivos para tratar esta enfermedad, este es el caso de las pacientes de cáncer de cuello uterino donde en sus procesos terapéuticos y la toma de los tratamientos que son expuestas ellas para combatir este cáncer, tengan una alta efectividad en estos tratamientos y puedan tener una calidad de vida, salud mental y física óptima (Suarez, 2018; Esmo, 2018).

### ***Eficiencia***

Las pacientes de cáncer de cuello buscan que los servicios que se les brinde a ellas sean eficientes en el tratamiento de su enfermedad, donde se brinde acciones que promuevan la promoción y prevención de la salud de esta población femenina en cualquier parte del mundo (Noreña y Tamayo, 2010).

### ***Eficacia***

En búsqueda de encontrar medicamentos de bajo costo, así como la prestación de servicio de salud óptimo en las pacientes de cáncer de cuello uterino, estas pacientes buscan en sus tratamientos, comparar la eficacia de los medicamentos utilizados, cobertura en la red hospitalaria, que se vea que las entidades de salud que brinden los servicios para las pacientes tengan una organización de los recursos y tener materiales necesarios para el servicio en esta población (Noreña y Tamayo, 2010).

## **Acompañamiento del cuidador en el proceso de enfermedad**

El acompañamiento del cuidador en el proceso de enfermedad puede ser de tipo formal, teniendo en cuenta que son personas capacitadas en áreas de la salud o informal pueden ser familiares, amigos o personas cercanas, estos cuidadores forman una red de apoyo comprometida, ofreciendo protección y acompañamiento mientras trabajan para mejorar las condiciones asociadas a la enfermedad terminal, para el buen control del dolor y de otros síntomas presentados, buena comunicación, apoyo psicosocial y trabajo en equipo (Levin,2005).

Los cuidadores tienen cargas de varios factores psicológicos, sociales, físicos y económicos en el cuidado del paciente y el entorno donde se encuentra o lidia con su enfermedad, requiere dedicarle tiempo en aprendizajes de cuidados de la higiene, ayuda a la movilidad, apoyo psicológico, coste financiero ya que el paciente puede experimentar cargas emocionales o riesgos en su salud mental como el padecer la depresión o ansiedad sobre su situación de salud, para realizar un proceso adaptativo de la persona enferma y su entorno familiar (Rodríguez, 2010).

El cuidador en el proceso de enfermedad juega un papel importante en cuanto al incremento de bienestar y calidad de vida en el paciente, donde cuidar implica brindar seguridad, apoyo y acompañamiento en el proceso de cada paciente, el ser cuidador implica la participación activa en la toma de decisiones de la vida, y se enfrenta a diario a sobrellevar el control de sus emociones y sentimientos a lo que el cuidador experimenta diversas emociones en torno a la percepción y el control emocional que el cuidador implemente (Ibarrola, 2014). En los cuidadores también hay sentimientos, emociones y necesidades que no se toman en cuenta en el proceso de cuidado del paciente a lo que se desencadenan sentimientos de tristeza, culpa, enfado e ira, que

pueden generarse al darse una sobrecarga de cuidado, al sentir un alto nivel de responsabilidad y percibir no contar con apoyo de otras personas, también se encuentra que dentro de las emociones y sentimientos del cuidador hay un contraste entre amor y empatía hacia el paciente, pero también hay sentimientos de soledad (Giraldo, 2010).

### **Costos y valor en atención del cáncer de cuello uterino**

Los servicios de salud se basan en el volumen y productividad; las transformaciones de los sistemas de salud en el mundo, incluidos los aseguradores y los prestadores, se dirigen a cumplir con las expectativas de los pacientes y una relación adecuada con los costos, satisfaciendo así las necesidades de los pacientes. Una vez se inicia la transformación hacia la atención en salud basada en el valor, se debe focalizar la atención hacia las tres metas de los sistemas y las organizaciones sanitarias, también denominadas la triple meta del valor, los cuales son: mejorar la salud de la población, mejorar la experiencia de la población en los servicios de salud y reducir los costos per cápita de la atención en salud (Caicedo, et. al. 2017).

El costo de brindar atención primaria a pacientes con cáncer continúa aumentando en todo el mundo y uno de los principales contribuyentes a este aumento del gasto es el cuidado de pacientes con cáncer más común en las mujeres; ha quedado claro que la atención centrada al paciente también debe ser un objetivo de los proveedores de atención médica y pagadores con respecto a la rentabilidad y la mejora de la calidad, un concepto que se centra principalmente en la atención basada en el valor; la unificación de los objetivos de mejora del rendimiento de los proveedores con indicadores de atención de alta calidad que son importantes y reportados por el paciente (Fayanju, et al, 2016).

Una forma de medir el valor en salud, que se enfoca *al valor personalizado* (que es tan solo una parte de la ecuación del valor en salud) atañe al componente subjetivo y humanizado,

algunos de estos componentes se relacionan con las experiencias de pacientes y familiares, así como en los desenlaces versus las expectativas de ambas partes. Es a través del concepto de *PROMS* por su sigla en inglés (Patient-Reported Outcome Measures) que se pueden medir los resultados percibidos por los pacientes en cuanto a su calidad de vida, su salud, participación en toma de decisiones, accesibilidad, conveniencia, y bienestar después de la aplicación de una intervención médica o un tratamiento. Esta medición se obtiene directamente por el suministro de información proporcionada por el paciente, sin interpretación por parte de profesionales de la salud, lo que las hace altamente subjetivas y centradas en la experiencia personal.

### **Trato humanizado**

El trato humanizado desde la lengua española está centrado en cómo el personal de la salud debe ser humano, familiar y cercano a la persona. El concepto de trato humanizado viene siendo un asunto ético, ya que este tiene que ver con los valores que dirigen la conducta del profesional de la salud, haciendo énfasis en la importancia de conseguir un abordaje integral del ser humano en donde se toma desde el un enfoque psicosocial, logrando en intratables el bienestar propio y de los pacientes (Rincón, 2003). De esta manera, se encuentran asociadas las relaciones que se pueden llegar a establecer entre paciente- profesional de la salud debido a larga estadía de un paciente en un hospital o los valores del profesional.

Cuando una persona se acerca a un hospital, espera tener un trato humanizado. Este concepto usualmente es utilizado para dar a entender que algo va a ser bueno, está ajustado a las condiciones de salud de los pacientes, está encargada de responder a la dignidad humana de los pacientes. Por ende, el trato humanizado desde la salud se debe manifestar a partir del primer contacto que se tiene con el paciente, a través de una comunicación fluida, efectiva y cálida (Fernández, 2017).

Teniendo en cuenta que el paciente debe sentir un trato personalizado y cariñoso, cuidando el lenguaje verbal y el lenguaje no verbal, el cual va a transmitir igualmente mensajes positivos y negativos hacia las pacientes. A partir de lo descrito por (Hernández, Ramírez, & Sánchez, 2008) la humanización va más que todo dirigida hacia la actitud efectiva y moral, la cual va a hacer que el personal de salud empiece a reestructurar algunos valores y en dado caso esquemas mentales para empezar a generar una atención y una intervención general orientada al bienestar de los pacientes que se encuentran en alguna dificultad.

### **Calidad de vida relacionada con la salud**

La calidad de vida relacionado con la salud es el resultado cognitivo y afectivo del afrontamiento a estresores y disturbios percibidos contra los objetivos de la vida, tales como la enfermedad específica y elementos generales: experiencia, satisfacción con la vida y afectos positivos y la ausencia de efectos negativos (Echteld, van Elderen y van der Kamp, 2001, citados por Urzúa, 2010). La CVRS se comprende como un proceso cambiante, que fluye en la medida en el que el paciente interactúa con el ambiente. Esta abarca los síntomas y quejas subjetivas, el funcionamiento fisiológico, psicológico, físico, social y el cognitivo, así como la valoración general que el individuo hace sobre su salud teniendo en cuenta su idiosincrasia, su cultura y los cambios que la vivencia de la enfermedad pueda producir en su sistema de valores, creencias y expectativas (Gotay, 2009; Oblitas 2004; Schwartzmann, 2003; Vinaccia et al., 2005°). La CVRS en pacientes oncológicos puede ser concebida como la forma en que los pacientes perciben que su enfermedad, tratamiento y efectos secundarios afecta sobre su propia vida. Para realiza esta evaluación se sopesa la manera en la cual se ve comprometido el nivel de funcionalidad del paciente a la hora de realizar sus actividades diarias a partir de la enfermedad y su tratamiento (Rodríguez et al., 2009; Schwartzmann, 2003; Taylor, 2007).

## Estado del Arte

El cáncer de cuello uterino (CCU) es una enfermedad compleja que genera desafíos y transformaciones en diversas áreas de la vida de los pacientes, su diagnóstico, tratamiento y recuperación no solo impactan significativamente a la persona que lo padece sino que también repercute en la modificación del entorno de quienes lo enfrentan, especialmente en los cuidadores y familiares, de echo estos últimos experimentan un fuerte impacto emocional, social, físico y económico, además de un cambio en sus labores cotidianas. Este estado del arte analiza estudios recientes que abordan como los pacientes y sus familiares perciben los desenlaces durante el tratamientos y recuperación del CCU. Se busca identificar similitudes, diferencias y vacíos en la investigación para plantear estrategias que aporten significativamente al proceso de valor en salud.

Shinan et al.(2024) La investigación cualitativa mostro que existe poca sensibilidad de los profesionales de la salud frente al proceso de tratamiento y recuperación de las personas con CCU, se enfatiza en que se debe brindar una atención de calidad teniendo en cuenta las características únicas de cada persona tratada, se ha encontrado que no se cuenta con intervenciones psicosociales en el sistema de salud pública durante la fase de supervivencia o postratamiento, aunque es importante mencionar que se llevan controles periódico de control pos-tratamiento. El articulo menciona que existe poca información y estrategia sobre cómo afrontar enfermedades crónicas como el CCU a nivel mundial, específicamente en lo que tiene que ver con la dimensión emocional.

Chona et al. (2023) Este estudio cualitativo se realizó a 12 mujeres con CCU, se llevó a cabo en Tanzania. Los hallazgos revelan que las mujeres sufren no solo por los efectos físicos del cáncer y el tratamiento, sino también por la angustia psicológica asociada con el estigma y la falta

de apoyo emocional. El desconocimiento general sobre el cáncer de cuello uterino contribuye a la percepción del diagnóstico como una "sentencia de muerte", lo que dificulta que las mujeres y sus familias enfrenten la situación. Esto provoca aislamiento, depresión y estrategias de afrontamiento ineficaces. La investigación indica que la mayoría de las mujeres entrevistadas no tenían conocimiento ni información correcta sobre el CCU en términos de las causas, signos y síntomas iniciales ni modalidades de tratamiento, de la misma manera sucedía en la comunidad en general. Por tal motivo es importante desarrollar programas de educación masiva que incluya los aspectos descritos anteriormente, además de tener en cuenta que a través de esta educación las personas afectadas y la comunidad en general descarten creencias erróneas con respecto a la enfermedad.

Shrestha et al. (2020). Se seleccionó a un total de 17 sobrevivientes de cáncer de cuello uterino que habían completado dos años de tratamiento contra el cáncer en Chitwan. El artículo menciona que al realizar la prueba del papanicolaou se reduce la tasa de CCU al detectar la infección del VPH de manera temprana. Sin embargo, en Nepal existe un acceso restringido al servicio de salud, además hay desconocimiento de las técnicas de prevención, La mayor parte de las mujeres no se han hecho una prueba de papanicolaou en toda su vida porque sentían vergüenza de mostrar sus partes íntimas. Las mujeres diagnosticadas con esta enfermedad enfrentaron dificultades en cuanto al tratamientos y sus efectos secundarios, las percepciones sociales y las limitaciones económicas. A así mismo se vieron afectas en cuanto a las prácticas sexuales, la vergüenza social y la falta de información sobre la mejora de la enfermedad y esto contribuyo a una baja calidad de vida.

El estudio revela que las mujeres con CCU fueron estigmatizadas en su mayoría por sus familiares y la sociedad debido a la desinformación analfabetismo y conceptos errores sobre la enfermedad, las personas creían que el cáncer era una enfermedad mortal, contagiosa, sentían

temor de contagiarse al contacto físico o a través de la comunicación, estas creencias conllevan al aislamiento físico o a la marginación de los pacientes por parte de sus familiares y la comunidad, esto trajo afectaciones pues no existía un apoyo social. En cuestión de algunas mujeres que recibieron amor, el cuidado, y apoyo que recibieron de sus amigos y familiares fueron elementos importantes para luchar contra la enfermedad y mantenerse optimistas. Algunas personas encuestadas comunicaron que en la actualidad la percepción de la comunidad cambió un poco cuando observaron que las personas con cáncer respondían bien al tratamiento, y además con el aumento de la concientización que se dio a través de las compañías en medios de comunicación. Ahora la sociedad apoya mucho a los pacientes con cáncer.

Para Yasar & Terzioglu, (2022) los cuidadores tienen una labor muy importante que cumplir, como manejar el tratamiento farmacológico, el manejo de los síntomas, el acceso a la atención médica y el apoyo social y emocional. Los cuidadores experimentan experiencias asociadas a la sobrecarga o estrés emocional, carga social y financiero de los pacientes. Los estudios realizados evaluaron que la calidad de vida de los cuidadores se vio afectada de manera negativa en el transcurso del cuidado del paciente con cáncer. En este caso recomiendan que se cuide a los pacientes y familiares de manera integral, para que los cuidadores tengan una buena calidad de vida. A nivel general se llega a la conclusión que la mayoría de los cuidadores son mujeres, Sin embargo, en cuestión de los hombres este trabajo va en aumento, se concluyó que la carga de los cuidadores masculinos es mayor en comparación con la de las cuidadoras femeninas, esto debido a que los hombres tenían dificultades para brindar cuidado a las mujeres y además tienen dificultad para asumir funciones que no eran catalogadas socialmente para los hombres. El artículo hace referencia a que en la cultura turca cuando los pacientes son miembros de la familia, se considera el cuidado como algo natural, especialmente para las mujeres, Las mujeres asumen toda la responsabilidad. También se reveló que la carga del cuidado se observaba en aumento en

los familiares como conyugue e hijos más que otro tipo de familiares. La planificación de la atención de enfermería para pacientes con cáncer ginecológico debe incluir la evaluación de las características sociodemográficas de los cuidadores, ya que estas influyen en su carga y calidad de vida. Las enfermeras de oncología ginecológica deben diseñar intervenciones específicas y mejorar sus programas de formación para abordar eficazmente las necesidades de los cuidadores, incluyendo su incorporación en currículos y formación continua. Además, los cuidadores con bajos ingresos y limitada seguridad social presentan una menor calidad de vida, lo que refuerza la necesidad de atención personalizada y apoyo integral por parte de los profesionales.

Mattsson et al. (2020), este estudio fue parte de una encuesta transversal que utilizó métodos mixtos para explorar aspectos importantes de la atención posterior al final del tratamiento percibida por mujeres diagnosticadas con cáncer ginecológico durante la adultez temprana. La mayoría de las mujeres (66.7%) informaron tener necesidades de apoyo a largo plazo no satisfechas, especialmente aquellas con cáncer de ovario. Estas mujeres expresaron que, tras el tratamiento, se sentían desatendidas psicológicamente, sin recibir el apoyo necesario para enfrentar la ansiedad relacionada con el cáncer, la sexualidad, la fertilidad y la vida diaria. También señalaron una falta de información sobre los efectos tardíos del tratamiento y el miedo a la recurrencia.

Aproximadamente una de cada cuatro mujeres informó haber recibido una atención de apoyo a largo plazo satisfactoria, valorando la continuidad en los profesionales de salud, el apoyo psicosocial y la oportunidad de conocer a otras mujeres en situaciones similares. El apoyo entre pares fue identificado como un factor clave para sobrellevar su experiencia de cáncer. Sin embargo, cerca del 25% de las participantes describieron dificultades organizativas en el acceso y la coherencia de los servicios de salud, lo que afectó negativamente su experiencia de atención.

Estos resultados coinciden con estudios anteriores que han identificado barreras en el sistema de salud para la atención psicosocial adecuada.

Las sobrevivientes informaron que existe una grieta entre los servicios de atención de apoyo que les ofrecen y los que realmente necesitan, en el contexto del cáncer se dice que se quiere una “atención de apoyo” esto hace referencia a los servicios que ayudan a las personas a manejar su situación, esto incluiría satisfacer las necesidades de información, necesidades emocionales, espirituales, sociales y físicas que pueden surgir en cualquier etapa del proceso, sea en la etapa del diagnóstico, el tratamiento, el seguimiento hasta la fase de cuidados paliativos o duelo. A sí que, aunque estos servicios existen, no están disponibles o no son suficientes para las personas cuando lo necesiten, esto se asocia a mantener una baja calidad de vida. Las mujeres encuestadas contestaron que la atención psicológica no fuero satisfecha después de finalizar el tratamiento, lo notan como desatención por los profesionales de la salud. Algunas pacientes consideraron que la información sobre los efectos tardíos del tratamiento y la cirugía no era adecuada. Los profesionales de la salud no informan sobre los efectos tardíos del tratamiento que recibieron. las pacientes refirieron angustia con respecto a los problemas de infertilidad y sexual que no fueron reconocidos por los profesionales de la salud, se plantearon inquietudes frente a estos temas y la necesidad de que las parejas participen activamente teniendo en cuenta que esto afecta la relación con el conyugue. Para las mujeres que padecen esta enfermedad es importante que se continúe el apoyo psicosocial de los profesionales de atención medica después de la finalización del tratamiento, el tener en cuenta la disponibilidad de apoyo grupal estructurado, como reuniones con otra persona que padecen cáncer y los profesionales y atención médica, ya que generalmente no se recibe ayuda después del tratamiento.

Cinaci et al., (2023) junto con sus colaboradores realizaron una búsqueda de información (Revisión sistemática) en varias bases de datos para analizar la evidencia científica disponible

sobre la calidad de vida y la función sexual en paciente afectados con CCU después de los tratamientos quirúrgicos y adyuvantes. Se pudo evidenciar un aspecto clave y sigue siendo que, tras el diagnóstico de CCU, tanto los pacientes como sus familias y los profesionales asistenciales deben centrarse no sólo en el tratamiento para combatir el cáncer, sino que el apoyo se debe mantener en preservar una calidad de vida adecuada, en este aspecto es importante que el tratamiento que se use para contrarrestar el cáncer en cada paciente cumpla con una valoración personalizada donde se tengan en cuenta factores como la edad, el estatus social, y las expectativas del paciente. Además, es importante que se le proporcionen apoyo psicológico y psicofísico al paciente durante el tratamiento sino también después de tratamiento. Igualmente, los estudios revelaron la importancia de la realización de diferentes tipos de apoyo, adicionalmente a la psicoterapia se debe promover el ejercicio, el yoga, y el biofeedback pues estos componentes hacen parte fundamental en el bienestar de las mujeres que padecen CCU.

Las pacientes tratadas por cáncer de cuello uterino suelen enfrentar dificultades sexuales, como relaciones dolorosas y pérdida de satisfacción sexual. Un estudio de Beltrán et al. mostró que estas mujeres tienen una función sexual y calidad de vida significativamente reducidas, aunque no quedó claro qué tratamiento específico contribuye más a la disfunción sexual. A pesar de que la función sexual mejora con el tiempo, se recomienda un enfoque multidisciplinario con apoyo psicológico, médico y nutricional para mejorar la calidad de vida. Además, el uso de terapias locales con estrógenos y reemplazo hormonal puede ser beneficioso. Es clave mantener programas de apoyo y prevención, como la vacunación contra el VPH, para reducir la incidencia de este cáncer.

En la actualidad según los estudios, no solo se busca que el tratamiento sea eficiente, si no que se hace fundamental que las pacientes con este tipo de cáncer logren una función sexual normal, actualmente, este es uno de los desafíos a nivel de tratamientos, ya que no existen

métodos efectivos para estas mujeres reduzcan los síntomas de disfunción sexual y de la menopausia.

El este estudio concluye que es crucial un enfoque multidisciplinario para tratar a las pacientes con CCU centrado en adaptar las opciones de tratamiento a sus características y expectativas. También destaca la importancia del apoyo psicológico, que mejora la adherencia al tratamiento y los resultados oncológicos, y debe complementarse con una dieta equilibrada y actividad física. Además, los pacientes deben participar en la toma de decisiones sobre su tratamiento. El estudio sugiere que futuros estudios prospectivos con cuestionarios validados son necesarios para evaluar el impacto de los tratamientos en la función sexual y la calidad de vida.

Correia et al. (2020). Esta investigación se llevó a cabo a un total de 46 mujeres mayores de 18 años que hayan completado el tratamiento de tres meses. El estudio realizado fue de corte descriptivo transversal cuantitativo. El estudio revela que las mujeres tratadas por cáncer de cuello uterino en Brasil pertenecen mayormente a grupos de bajos ingresos y desempleados, y que muchas comenzaron su vida sexual antes de los 18 años, lo que aumenta el riesgo de infección por VPH. El tratamiento del cáncer interfiere en la vida sexual, con radioterapia causando efectos secundarios como fibrosis vaginal, frigidez y dolor. Los tratamientos afectan la función sexual debido a la insuficiencia ovárica y menopausia precoz, lo que conduce a disfunciones como falta de lubricación y dolor durante el coito. Además, el uso de dilatadores vaginales y terapias hormonales puede mitigar algunos de estos síntomas. La investigación subraya la importancia de una mejor comunicación con las pacientes y el desarrollo de programas de rehabilitación para mejorar su calidad de vida sexual.

Pimentel et al., (2023) realizaron un estudio cualitativo titulado repercusiones psicosociales del tratamiento de radioterapia para el cáncer de cuello uterino, en el que su objetivo fue conocer las repercusiones psicosociales del tratamiento post-radioterapia del CCU,

con pacientes de que estaban en tratamiento posterior de radioterapia para manejo de CCU manejadas en consulta externa del área de enfermería de oncología ginecológica en Rio de Janeiro Brasil en el año 2019. La recolección de los datos se realizó mediante entrevista abierta cuya pregunta principal fue la percepción de las posibles repercusiones psicosociales del tratamiento post-radioterapia en las actividades diarias, la vida cotidiana, y las relaciones profesionales, conyugales y familiares.

De los resultados de la entrevista se destacaron cuatro categorías: la primera fue la construcción de los roles sociales, en la que incluyen la pérdida de identidad femenina; la segunda es la sexualidad de aquellas mujeres post-tratamiento del CCU, que incluye el área conyugal; la tercera es las dificultades para la adaptación a una nueva vida, en la que incluyen la imagen corporal, la convivencia de la enfermedad y el reconstruir valores a través de la red de apoyo (Pimentel et al., 2023).

Como resultado se encontró significancia en las repercusiones de la identidad femenina, principalmente en el rol de la maternidad y el cuidado del hogar, que fueron relacionados como atributos femeninos; Así mismo, se identifica disminución en el deseo sexual, dificultades para la excitación por dolor y los cambios físicos consecuentes del tratamiento; también se generaron disfunciones tanto urinarias como gastrointestinales afectando la calidad de vida de las pacientes (Pimentel et al., 2023). Un recurso importante que se encontró fue la fe, la religión y el apoyo familiar, no obstante, algunas mencionaron el aislamiento por parte de sus parejas y familiares agudizando el sufrimiento.

Así mismo, Castagnetta et al., (2021) realizaron un estudio en Barcelona con una población de sesenta sobrevivientes de cáncer, usando la Evaluación Ecológica Momentánea con el fin de recolectar información de las actividades cotidianas al final del día durante 15 días y con el objetivo de describir las características del malestar cotidiano durante situaciones consideradas

estresantes para los supervivientes de cáncer, encontrando que el evento estresante más frecuente es el problema físico asociado específicamente a la etapa de supervivencia; es así como podemos valorar que, no solo en la etapa de la enfermedad se genera malestar, si no que las secuelas y estresores van más allá de la enfermedad y tratamiento y abarca hasta la etapa de sobreviviente de cáncer, haciendo necesario la búsqueda de estrategias que generen bienestar durante los procesos de control.

Por otro lado, el estudio realizado por Melanie et al., (2023) evaluaron el impacto del diagnóstico y el tratamiento del cáncer en la calidad de vida sexual de las sobrevivientes jóvenes de cáncer ginecológico para comprender cómo proteger y por lo tanto mejorar la calidad de vida sexual. En este estudio cualitativo se utilizó un cuestionario, una entrevista y la Escala de angustia sexual femenina revisada (FSDS-R), el cual dio como resultado que las mujeres participantes obtuvieron un alto nivel de angustia psicosexual, identificando que el cáncer ginecológico altera la vida cotidiana, lo cual muchas mujeres informaron que presencian una alteración del sentido de sí mismas, en cuanto a la imagen corporal y su identidad sexual. En conclusión, este estudio identificó que el cáncer ginecológico afecta la función sexual, por lo tanto, las relaciones de pareja y por consiguiente la calidad de vida.

Para Silva., (2020) en su estudio, los efectos del CCU y sus tratamientos en la calidad de vida sexual de las mujeres, destacando las consecuencias físicas y psicosociales que deterioran significativamente su bienestar y funcionalidad sexual. Realizaron una revisión sistemática de 51 artículos seleccionados entre 2010 y 2019, en bases de datos científicas como PubMed, Scopus y Elsevier, en los cuales, los estudios revisados analizan los efectos físicos y psicosociales del CCU en la calidad de vida sexual, utilizando criterios rigurosos para evaluar la calidad de los datos (Silva, 2020).

En sus hallazgos encontraron que en los efectos físicos los estudios incluyen disfunciones sexuales como dispareunia, anorgasmia, vaginismo, síntomas digestivos y urinarios, fatiga, insomnio, neuropatía periférica, entre otros; En efectos psicosociales están el impacto en la autoestima, depresión, ansiedad, alteración de la autoimagen e inseguridad en la relación de pareja y por último en la importancia de la comunicación, estarían la calidad de la comunicación sexual en la pareja, que es clave para superar las secuelas del cáncer y mejorar la vida sexual (Silva, 2020).

Una revisión sistemática de Nasution et al., (2022) cuyo objetivo principal era identificar las necesidades más insatisfechas de las sobrevivientes de cáncer ginecológico y de mama a partir de la búsqueda de información reciente con evidencia científica y confiable. Dentro de los resultados de su búsqueda bajo el modelo prisma, hallaron que en los dominios de las necesidades más insatisfechas de los sobrevivientes de CCU, son la ineficiente información en el sistema de salud y el otro dominio es el psicológico, es así como se concluye que un buen manejo de la información del personal de salud y en general del equipo interdisciplinario, durante y después del Diagnóstico, tratamiento y recuperación del CCU, es necesario para generar estrategias de afrontamiento de la enfermedad y por lo tanto del estado psicológico del paciente.

En un estudio realizado en Arequipa Perú titulado influencia de la inteligencia emocional sobre la resiliencia: un estudio de inteligencia de cáncer cérvico uterino y cuyo objetivo era identificar si la inteligencia emocional predice el incremento de la resiliencia en sobrevivientes de cáncer cérvico uterino utilizando un diseño de tipo predictivo simple con un corte transversal para poder analizar cuál era la influencia de las dimensiones de inteligencia emocional sobre la resiliencia (Seperak et al., 2024). La población evaluada fueron 100 mujeres entre edades de 23 y 87 años que fueron diagnosticadas con CCU y que se le realizaron diversos tratamientos t los

resultados reportaron que la inteligencia emocional en sus dimensiones de un adecuado manejo del estrés y estado de ánimo, desencadenan un impacto positivo potencializando la resiliencia de las mujeres con CCU sometidas a diversos tratamientos, de allí la importancia en lograr intervenir en la salud mental ante la presencia de enfermedades crónicas (Seperak et al., 2024).

Otro estudio que también se enfoca en la resiliencia, fue realizado en Málaga España y titula Resiliencia y Cáncer: una relación necesaria, tuvo como objeto de estudio realizar una revisión teórica sobre lo que se sabe en cuanto a resiliencia y cáncer, teniendo como centro de la investigación tres aspectos: el proceso de la enfermedad, la recuperación y su importancia en el tratamiento psicológico recibido promoviendo la resiliencia (Cerezo & Rueda,2020). La evidencia empírica mostró que las personas que mejor ajuste psicológico demuestran tras el diagnóstico de cáncer son las más resilientes, siendo esto importante para la adherencia al tratamiento, logrando mejor supervivencia a la enfermedad y mejorando la calidad de vida; Por lo tanto, la resiliencia es un aspecto necesario como mecanismo de afrontamiento del cáncer, tanto en los pacientes como en los familiares, es por esto que se enfatiza para que se realicen intervenciones psicológicas que promuevan la resiliencia en las personas que viven la enfermedad oncológica (Cerezo & Rueda,2020).

Por otra parte, Abarca et al., (2023) realizan un estudio transversal descriptivo realizado entre 2018 y 2021 en Querétaro, México, con el objetivo principal de identificar el perfil epidemiológico de las familias de mujeres supervivientes al CCU en remisión, considerando aspectos socioeconómicos, uso de servicios de salud, tipología y funcionalidad familiar, y la etapa del ciclo vital en la que se encuentran. Dentro del estudio con los datos recabados se encuentran unas categorías que dan como resultados que, como primero en el uso de servicios en salud el 85% de las familias recurrió a consultas para el control de enfermedades crónicas en el

último año, otros servicios utilizados incluyeron: medicina preventiva (70%), nutrición (30%), Urgencias (35%) y Planificación familiar (20%).

Segundo, se encontró que, en tipología y funcionalidad familiar, en la tipología las familias nucleares y monoparentales fueron las más comunes (30% cada una) y las familias extensas representaron el 15%, mientras que el 20% fueron monoparentales extendidas y en funcionalidad familiar que el 80% de las familias se consideraron funcionales, el 20% fueron moderadamente funcionales, no se encontraron familias disfuncionales (Abarca et al., 2023).

La tercera hace referencia al ciclo vital de la vida en la que la etapa predominante fue la de retiro y muerte (50%), asociada a eventos como divorcio o separación tras el diagnóstico. La etapa de expansión se encontró en el 30% de las familias. La cuarta categoría indica que en la ocupación el 75% de las familias tenían miembros empleados, el 20% eran obreras; En la quinta y última es la comorbilidad en la que el 35% de las familias no reportó comorbilidades en sus integrantes, el 30% tenía miembros con diabetes e hipertensión. Este estudio revela en plasticidad familiar, la capacidad de adaptación de las familias para seguir siendo funcionales, incluso tras enfrentar una enfermedad catastrófica, también que, aunque la mayoría de las familias fueron funcionales, el diagnóstico de CCU generó cambios significativos en roles, dinámicas familiares y etapas del ciclo vital (Abarca et al., 2023).

## **Objetivos**

### **Objetivo General**

Comprender el sentido de las experiencias de las mujeres sobrevivientes de cáncer de cuello uterino (CCU) frente al tratamiento con procedimiento quirúrgico recibido en el proceso de atención en la EPS Sanitas.

### **Objetivos Específicos**

- Describir la experiencia hacia el tratamiento recibido para el CCU de un grupo de 8 pacientes sobrevivientes en el proceso de atención en la EPS sanitas, con procedimiento quirúrgico.
- Reconocer el significado atribuido a la experiencia de 8 pacientes sobrevivientes de CCU frente al tratamiento recibido dado a la eficiencia, eficacia y efectividad.

## **Marco Metodológico**

### **Enfoque y tipo de estudio**

El presente proyecto de investigación es de un enfoque cualitativo (Baptista, Sampieri, and Fernández 2010), Se desarrolla desde el paradigma fenomenológico que busca comprender la esencia de las experiencias vividas por los individuos, priorizando la descripción detallada de los fenómenos desde la perspectiva de quienes los experimentan (Writers, 2024). Por ende, lo fenomenológico se centra en la posibilidad de “Comprender el sentido de las experiencias de las pacientes sobrevivientes de cáncer de cuello uterino (CCU) frente al tratamiento con procedimiento quirúrgico recibido en el proceso de atención en la EPS Sanitas”.

### **Metodología**

Se analizó la información por medio de un análisis de contenido. Krippendorff define el análisis de contenido como una técnica de investigación destinada a formular inferencias reproducibles y válidas a partir de ciertos datos, aplicables a su contexto, de la cual emergerán subcategorías que darán explicación a cada una de las categorías de análisis las cuales son experiencia del paciente frente al tratamiento recibido dado a la eficiencia, eficacia y la efectividad.

### **Estrategias de recolección de información**

El instrumento que se utilizó para la recolección de información sobre las experiencias de las mujeres con diagnóstico de CCU que fueron tratadas con procedimiento quirúrgico en el proceso de atención fue una entrevista semiestructurada. Esta técnica, ampliamente empleada en la investigación cualitativa, la cual fue validada por jueces expertos: con base en la revisión de la literatura y la necesidad de ampliar la información PROMS; una vez definidas las categorías, se

construyeron bancos de preguntas, se seleccionaron las más pertinentes y posteriormente se realizó la validación con jueces respecto al contenido en términos de lenguaje, pertinencia, coherencia y que responda a los objetivos de la entrevista. Para la validación de las entrevistas se construyó una herramienta de evaluación con el uso de tecnologías de la información y la comunicación (Google Forms) a partir de la cual se expone el objetivo del procedimiento, las categorías de análisis y las opciones de respuesta; dicha herramienta fue enviada en conjunto con la carta de presentación a los jueces expertos. Esta entrevista permitió obtener la información requerida a través de la interacción oral entre el investigador y la participante. Para garantizar su efectividad, la entrevista se llevó a cabo en un ambiente de diálogo, aceptación y empatía, propiciando no solo una conversación, sino también un intercambio de vivencias, conocimientos, sensaciones, creencias y pensamientos por parte del entrevistado (Troncoso & Amaya, 2016). Es de aclarar que esta fase se adelantó por parte de los investigadores principales del estudio y sus resultados fueron objetos de análisis del presente informe.

Finalmente, y teniendo en cuenta lo anterior, la entrevista aplicada a pacientes cuenta con todo los ajustes y modificaciones de preguntas debidamente validadas con un contenido de 44 preguntas en total y compuesta por categorías divididas de la siguiente manera: percepción del paciente frente al tratamiento, expectativa paciente, trato humanizado, percepción del servicio, proceso salud – enfermedad. *Ver anexo I*

### **Participantes del estudio**

Los participantes del presente proyecto de investigación corresponden a una submuestra de 8 mujeres mayores de 18 y hasta los 60 años, de 16 mujeres participantes del proyecto macro, que fueron diagnosticadas con cáncer de cuello uterino y tratadas con procedimiento quirúrgico

como parte de tratamiento, en la EPS Sanitas. Por lo tanto, se utilizan seudónimos para proteger el nombre y la confidencialidad y por consiguiente el primer participante es:

P1: mujer de 40 años con diagnóstico de CCU desde el 2006 con domicilio en Bogotá, no presenta discapacidad física ni cognitiva, se desempeña en área administrativa se le atribuye el pseudónimo de Luisa. P2: mujer de 49 años, procedente de Cota Cundinamarca, con Diagnóstico de CCU y ovarios su pseudónimo será Luciana. P3: mujer de 46 años, procedente de Villavicencio, es funcionaria pública con pseudónimo Milena. P 4: mujer de 30 años, se desempeña en labores como independiente, procedente de Sogamoso, con diagnóstico de células cancerígenas en la parte externa del cuello uterino, se le atribuye el pseudónimo de Clara. P5: mujer de 54 años se desempeña como modista, procedente de Chía, con Diagnóstico de CCU se le asigna el pseudónimo de Carol. P6: mujer de 40 años, se desempeña en el área administrativa, procedente de Bogotá, con diagnóstico de CCU se le asigna el pseudónimo de Ana. P7: paciente femenina de 31 años, con diagnóstico de adenocarcinoma de cuello uterino, residente en la localidad de Bosa es contratista, no reporta otra enfermedad diferente, sin discapacidad física ni cognitiva a quien se le asigna el pseudónimo de Vicky. P8: mujer de 27 años, procedente de Ibagué, con diagnóstico de CCU se le atribuye el pseudónimo de Camila.

## Unidad de Análisis

### Tabla 1.

#### *Categorías de Codificación Axial*

Experiencia de las pacientes frente al tratamiento	Experiencia de las pacientes frente a la eficacia del tratamiento
Experiencia de las pacientes frente a la efectividad del tratamiento	Experiencia de las pacientes frente a la eficiencia del tratamiento

*Fuente:* Elaboración propia.

## **Tipo de Muestreo**

El muestreo del presente estudio se desarrolló mediante la técnica de muestreo por conveniencia el cual hace parte de las técnicas de muestreo de estudios cualitativos, definido por Sampieri como la conformación de los casos disponibles a los cuales tenemos acceso, este es utilizado para conformar muestras de acuerdo con la facilidad de acceso, además de la disponibilidad de tiempo de las personas e interés del investigador (Baptista, Sampieri, and Fernández 2010). Dentro de la muestra se seleccionaron 8 pacientes que participaron de la investigación de manera voluntaria en cumplimiento de los lineamientos del comité de ética institucional; el total de personas incluidas dependió de la saturación de las categorías de análisis y el cumplimiento de los criterios de inclusión y exclusión de una muestra de 16 pacientes del proyecto macro.

En los discursos de las pacientes durante el proceso de entrevista semiestructurada, se identificó saturación de datos, en donde se observa elementos repetitivos de los discursos, por lo cual, la muestra poblacional se llevó a modificar dando un total de 8 participantes.

## **Criterios de Inclusión**

Mujeres con diagnóstico de cáncer de cuello uterino, mayores de 18 y hasta los 60 años, que asistieron a la EPS Sanitas.

Paciente que le hayan realizado procedimiento quirúrgico para el tratamiento del CCU.

## **Criterios de Exclusión**

Personas con discapacidad cognitiva declarada o evidente personas que se retiraron de forma voluntaria de la investigación o que no culminaron el proceso de evaluación requerido.

Pacientes que no hayan recibido procedimiento quirúrgico para el tratamiento del CCU.

## **Recolección y Análisis de la Información**

Para la recolección de la información, inicialmente se llevaron a cabo los siguientes pasos:

1. Contar con la aprobación por parte de la universidad.
2. Contar con aprobación de comité de ética de la universidad número CEIFUS 707-21.
3. Se realizó la recolección de la información mediante el proceso de grabación de voz.

Previa autorización de las participantes y firma del consentimiento informado.

El análisis de la información se llevó a cabo a través del software Atlas. Ti 25® para el análisis cualitativo de los datos y análisis de contenido, considerado una forma específica de análisis documental. Con esta técnica, no se examinará el estilo del texto, sino las ideas expresadas en él, buscando cuantificar el significado de palabras, temas o frases (Andréu, 2019).

Krippendorff define el análisis de contenido como una técnica de investigación destinada a formular inferencias reproducibles y válidas a partir de ciertos datos, aplicables a su contexto. Con base en esto, se empleó el análisis y la lectura (textual o visual) como instrumentos de recolección de información. A diferencia de la lectura común, esta se realizará siguiendo el método científico, es decir, será sistemática, objetiva, replicable y válida. En este sentido, su problemática y metodología serán similares a las de otras técnicas de recolección de datos en investigación social, como la observación, el experimento, las encuestas o las entrevistas. No obstante, lo que distingue al análisis de contenido de otras técnicas de investigación sociológica es su capacidad de combinar, de manera intrínseca y compleja, la observación y producción de datos con su posterior interpretación y análisis.

El presente informe corresponde con la tercera fase del análisis de información del proyecto macro, la cual consiste en la profundización de la experiencia de las pacientes que dentro de su tratamiento se requirió de procedimiento quirúrgico.

### **Criterios de Rigor**

En la ejecución de un proyecto de investigación cualitativa, los criterios de rigor aseguran la aplicación precisa y científica de los métodos de investigación, así como de las técnicas de análisis utilizadas para la obtención y procesamiento de los datos (Noreña, Alcaraz-Moreno, Rojas, & Malpica, 2012).

En este sentido, en el presente estudio, durante la recolección de la información, se consideró el parámetro de la saturación teórica, garantizando la diversificación de los datos a partir de la variabilidad de los informantes que participaron en la investigación. A continuación, se describen los siguientes criterios de rigor que regirán el presente estudio:

#### ***Credibilidad***

Es un requisito importante debido a que permite evidenciar los fenómenos y las experiencias humanas, tal y como son percibidos por los sujetos. Se refiere a la aproximación que los resultados de una investigación deben tener en relación con el fenómeno observado, así el investigador evita realizar conjeturas a priori sobre la realidad estudiada. Este criterio se logra cuando los hallazgos son reconocidos como “reales” o “verdaderos” por las personas que participaron en el estudio, por aquellas que han servido como informantes clave, y por otros profesionales sensibles a la temática “estudiada”. Además, está determinado por la relevancia que tenga el estudio y los aportes que sus resultados generen en la consecución o comprobación de nuevas teorías (Noreña, Alcaraz-Moreno, Rojas, Rebolledo Malpica, et al., 2012).

En este estudio, el presente criterio se tendrá en cuenta una vez llevado a cabo los análisis de las entrevistas, se harán validación de los resultados con cada una de las personas participantes del estudio, para validar su aceptabilidad.

### ***Fiabilidad***

La fiabilidad se refiere a la posibilidad de replicar estudios, esto es, que un investigador emplee los mismos métodos o estrategias de recolección de datos que otro, y obtenga resultados similares. Este criterio asegura que los resultados representan algo verdadero e inequívoco, y que las respuestas que dan los participantes son independientes de las circunstancias de la investigación. De esta manera, el presente estudio se puede replicar teniendo en cuenta las variables y preguntas realizadas a la población objeto del presente proyecto, aclarando que hay conceptos y experiencias subjetivas que pueden generar variaciones en resultados (Noreña, Alcaraz-Moreno, Rojas, & Malpica, 2012).

### ***Transferibilidad***

Consiste en poder transferir los resultados de la investigación a otros contextos. Si se habla de transferibilidad se tiene en cuenta que los fenómenos estudiados están íntimamente vinculados a los momentos, a las situaciones del contexto y a los sujetos participantes de la investigación. La manera de lograr este criterio es a través de una descripción exhaustiva de las características del contexto en que se realiza la investigación y de los sujetos participantes. Dicha descripción servirá para realizar comparaciones y descubrir lo común y lo específico con otros estudios. En este sentido, la presente investigación llevará a cabo muestreo a conveniencia del investigador, logrando abarcar variabilidad en las experiencias alrededor del tratamiento recibido y proceso de atención (Noreña, Alcaraz-Moreno, Rojas, & Malpica, 2012).

### **Consideraciones Éticas**

Este proyecto se sujeta al macro proyecto de investigación titulado “Estrategias psicológicas, sociales y comunitarias que aporten al proceso de valor en salud, al interior de la ruta de atención del Cáncer de Cuello Uterino de la EPS sanitas, desde la perspectiva Prems y Proms” y cuenta con aval de comité número CEIFUS 707-21, el cual se desarrolló teniendo en cuenta los lineamientos éticos de la Resolución 8430 de 1993, artículos 5, 6, 9, 11, 14, 15 y 16 del Ministerio de Salud de Colombia sobre la investigación con seres humanos como sujeto de estudio y deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y protección de sus derechos, con el fin de garantizar la integridad física y mental de los participantes.

La investigación para la salud en Colombia, según la Resolución 8430 de 1993, comprende el desarrollo de acciones que contribuyan al conocimiento de los procesos biológicos y psicológicos en los seres humanos; al conocimiento de los vínculos entre las causas de enfermedad, la práctica médica y la estructura social; a la prevención y control de los problemas de salud; al conocimiento y evaluación de los efectos nocivos del ambiente en la salud; al estudio de las técnicas y métodos que se recomienden o empleen para la prestación de servicios de salud; a la producción de insumos para la salud, prevaleciendo el criterio del respeto a la dignidad y la protección de los derechos y bienestar de las personas vinculadas a la investigación (Cruz, Cárdenas, Escobar y Gonzáles, 2010).

La mencionada Resolución 8430 de 1993 estipula que las instituciones que vayan a realizar investigación en humanos deberán tener un Comité de Ética en Investigación, encargado de resolver todos los asuntos relacionados con el tema, por lo que este proyecto fue debidamente avalado por el comité de ética en investigación de la Fundación Universitaria Sanitas. Esta norma regula el tema de la investigación en seres humanos señalando aspectos éticos como la primacía del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos, la exigencia del consentimiento informado aspecto que está completamente incorporado en el proyecto. Establece, además, las

disposiciones y requisitos relacionados con la investigación en comunidades, elementos que son

contemplados dado que correspondientes con las categorías de ciencias humanas y sociales a las cuales se suscribe el presente proyecto (Cruz, Cárdenas, Escobar y Gonzales, 2010).

Por otro lado, a cada persona entrevistada le fue entregado un consentimiento informado, el cual contenía los objetivos y alcances de la investigación; los beneficios y la importancia de su participación como lo menciona la Ley 1090 del 2006, garantizando los criterios de confidencialidad y autonomía mediante el consentimiento informado.

Declaración de Helsinki (1964), específicamente en sus artículos 22, 23 y 24, en los cuales contempla los principios éticos que sirvan para orientar a los médicos y a otras personas que realizan investigación médica en seres humanos. La investigación médica en seres humanos incluye la investigación del material humano o de información identificables; en este tipo de investigación la preocupación principal debe ser siempre el bienestar de los seres humanos, incluso por encima de la ciencia y de la sociedad, aclarándose que el propósito de éstas es mejorar los procedimientos preventivos, diagnósticos y terapéuticos, como también el comprender la etiología (origen) y patogenia (origen y desarrollo) de las enfermedades (Manzini, 2000).

Finalmente se aclara que se buscó respetar la privacidad, la confidencialidad y el promover de los derechos y el bienestar de todos los sujetos implicados en esta investigación definidos en las leyes 1266 del 2008 y la ley 1581 de 2012 sobre el Habeas Data en Colombia. Adicionalmente, se solicitó aprobación del manejo de datos personales en el consentimiento informado. Se garantizó que, al momento del análisis de información, la base de datos se encuentre anonimizada (cada participante tiene un código de asignación no descifrable y generado automáticamente), respetando de esta forma la confidencialidad y privacidad de los datos de los participantes del estudio.

Al respecto es pertinente mencionar que la presente investigación de ninguna manera afecta el bienestar de los participantes, por el contrario les brinda un valor preponderante en el proceso de atención en salud; sin embargo, en caso de identificar que alguna de las participantes se encuentra con algún grado de malestar será inmediatamente suspendido el proceso evaluativo y se realizará el debido proceso de orientación en salud mental, en casos donde los instrumentos evidencian algún grado de afectación psicológica, se realizará la recomendación verbal y escrita de acudir a procesos de atención en salud mental por parte de la EPS Sanitas. Para la psicoeducación en salud mental, los investigadores proporcionarán información sobre recomendaciones y ruta a seguir en caso de que se presente algún tipo de malestar emocional o psicológico. Además, para familias y profesionales se realizará psicoeducación en estrategias de comunicación que faciliten la relación terapéutica.

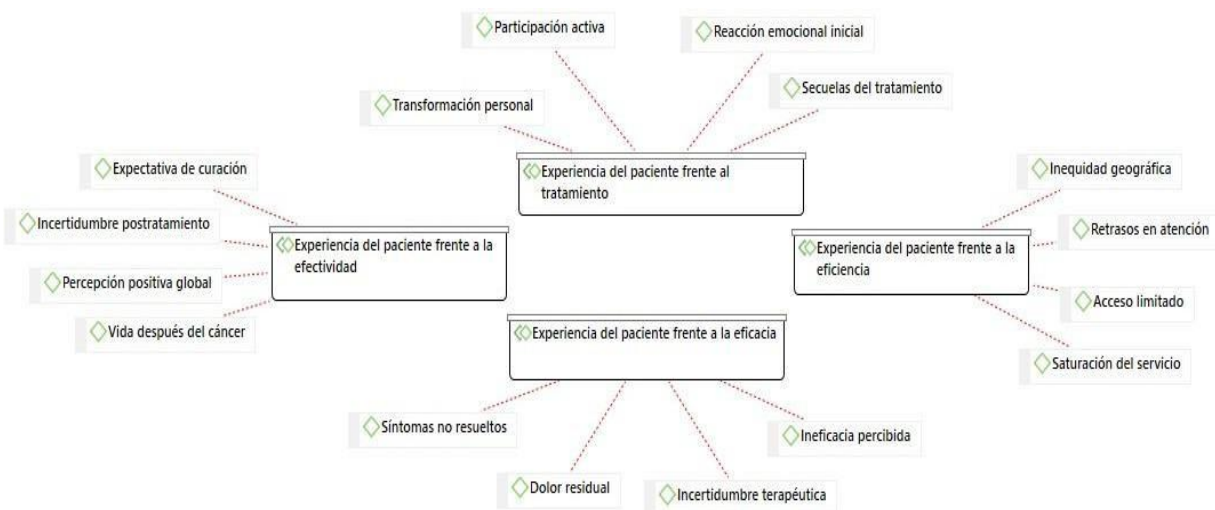
## Resultados

Este capítulo presenta los hallazgos de la sección cualitativa del proyecto correspondiente a un informe de investigación generado como un trabajo complementario a los objetivos iniciales del macroproyecto de investigación; para ello se presentan los resultados del análisis fenomenológico desde las experiencias de las participantes organizadas conforme las categorías iniciales y las categorías emergentes. A continuación, se presentan los resultados obtenidos.

La figura 1 expone el resultado global del análisis cualitativo donde se denotan las categorías iniciales de la investigación y sus relaciones con categorías emergentes, producto del análisis inicial con el software Atlas Ti. Así, las categorías iniciales fueron: experiencias de las pacientes frente al tratamiento, en cuanto a la eficacia, eficiencia y efectividad; los elementos emergentes relacionados del gráfico se exponen en este mismo capítulo más adelante.

**Figura 1.**

*Categorías de Codificación Axial*



*Fuente:* Elaboración propia.

Una vez se realizó el proceso de codificación axial, se analizaron todos los datos obtenidos, con el fin de retroalimentar las categorías axiales, surgiendo así, las subcategorías emergentes relacionadas a estas que fueron describiendo y detallando el fenómeno de investigación, en total 16, las cuales se relacionan en la tabla N° 2.

### **Subcategorías emergentes de codificación abierta**

Tal como se describió en el método, las categorías descriptivas surgieron de los grupos de discusión y entrevista, a las cuales se le aplicó codificación abierta. En esta fase del análisis fue necesario realizar la fragmentación y codificación del texto derivado de la recolección, que fue mostrando las asociaciones temáticas, permitiendo así la reagrupación de la información en categorías descriptivas o grupos temáticos más generales.

De esta primera fase analítica surgieron 16 subcategorías descriptivas que se relacionan a continuación:

**Tabla 2.**

#### *Subcategorías emergentes*

Reacción emocional inicial	Vida después del cáncer	Inequidad geográfica	Dolor residual
Participación	Incertidumbre postratamiento	Saturación del servicio	Síntomas no resueltos
transformación personal	Percepción positiva global	Retrasos en atención	Ineficacia percibida
Secuelas del tratamiento	Expectativa de curación	Acceso limitado	Incertidumbre terapéutica

*Fuente:* Elaboración propia.

Para describir **las experiencias hacia el tratamiento recibido** por el grupo de mujeres participantes y sobrevivientes en el proceso de atención en la EPS sanitas, con procedimiento quirúrgico; se analizaron las subcategorías emergentes en el software de análisis, el cual indicó

que para esta categoría axial son: reacción emocional inicial, participación, transformación personal y secuelas del tratamiento.

### **Reacción Emocional Inicial**

El impacto emocional representa un cuestionamiento vital como lo expresa Ana: *“Uno al principio siente que se va a morir, nada más la noticia de ‘tienes cáncer’ pues causa temor”*, temor por la vida propia y la familia *“Tal vez el miedo de saber o pensar que no me quedaría tiempo de vida, pensar en mi familia”*. Sin embargo, la carga emocional se intensifica cuando se suman otros padecimientos, el temor y un profundo estado de ansiedad y depresión, en el cual las mujeres se sienten desbordadas emocionalmente y va de la mano de la incertidumbre que pueda generar el desenlace de su enfermedad, como lo describe Luciana: *“Fue difícil, al saber que tenía cáncer... otra enfermedad más para mí...Eso fue difícil”*; de hecho, Ana también refiere malestar emocional *“Me empecé a sentir muy ansiosa, muy deprimida, ahora ya lo sobrellevo de mejor forma”*. La experiencia hacia el tratamiento recibido por algunas mujeres significó un quiebre existencial, marcado inicialmente por el miedo a la muerte, ya que el diagnóstico de CCU representa para la mayoría de las participantes ese temor que es expresado de manera inmediata al recibir la confirmación del diagnóstico.

### **Participación**

La participación del paciente en su tratamiento oncológico se ha consolidado como un componente esencial para mejorar los resultados clínicos y el bienestar emocional integral. Así mismo, las pacientes demostraban la autonomía y la voluntad de mejora, que emergen como factores claves y así lo indica el siguiente fragmento narrado por Vicky: *“Yo dependo de mí misma, si yo no quisiera mejorar, no me hubiese hecho la cirugía”*. Cuando las mujeres se involucran en la toma de decisiones, se sienten más empoderadas, lo que favorece una mayor

adherencia a las indicaciones médicas y un afrontamiento más eficaz ante los efectos del tratamiento; sin embargo, en otro caso como el de Clara, hubo falta de participación y autonomía: *“Me ordenaron todo, no me dieron ninguna otra opción”*; así mismo lo expresa Luciana: *“El médico es el que decide siempre. Nunca me dan una opción para que yo elija”*; lo anterior expone el caso en el que algunas mujeres al no recibir educación que las empodere en un rol activo frente al tratamiento se mantienen pasivas en sumisión y obediencia, lo que reduce su autonomía frente a la toma de decisiones y con ello, aumenta la incertidumbre y frustración frente a la respuesta en su tratamiento.

### **Transformación Personal**

El diagnóstico de cáncer representa un punto de inflexión en la vida de las mujeres, marcado por emociones como el temor y la incertidumbre, pero también por la determinación de enfrentar la enfermedad, como lo relata Luisa: *“Yo creo que el cáncer cambia la vida y es un temor que uno tiene, pero yo creo que cualquier diagnóstico lo lleva a uno a decir cómo debo hacer esto y esto”*. A pesar de que el cáncer causa un sufrimiento físico y emocional, algunas personas desarrollan una resiliencia fortalecida, un sentido más claro de propósito vital y, en ocasiones, una espiritualidad intensificada como lo expresa Milena: *“mi hija se ausento y no me ayudo tenía temor, me acerque a Dios en la parte espiritual me dio paz y satisfacción para la vida de uno, de la mano del señor todo es bendición”*. Esta experiencia, aunque adversa, puede ser catalizadora de un proceso de crecimiento personal y adaptación positiva.

### **Secuelas del Tratamiento**

Así mismo, frente al tratamiento, algunas mujeres desde su nivel de alfabetización frente a la enfermedad presentaban situaciones difíciles, pues era complejo determinar cuáles eran los efectos asociados al tratamiento o la enfermedad, esto a su vez dejó algunas secuelas tanto físicas

como emocionales y así lo señala la participante Luisa: *"Después del tratamiento pasé un momento terrible y me dejó con muchas secuelas"*.

Para concluir, la reacción emocional frente al diagnóstico y los efectos secundarios del tratamiento, suelen estar marcados por sentimientos de miedo, incertidumbre, ansiedad y, en algunos casos, esperanza. Estos estados emocionales afectan la manera en que las mujeres se enfrenta al proceso terapéutico. A medida que avanza el tratamiento, algunas pacientes adoptan una participación más activa en las decisiones clínicas, lo que puede fortalecer su sentido de autonomía y control sobre su enfermedad. Esta implicación, unida a la experiencia vivida, favorece en numerosos casos una transformación personal significativa, caracterizada por el reajuste de prioridades, una nueva visión de la vida y el fortalecimiento emocional. Sin embargo, no puede obviarse que el tratamiento conlleva secuelas físicas y psicológicas que perduran en el tiempo, los cuales impactan en la calidad de vida y en la reconstrucción del proyecto personal de las mujeres.

En cuanto a la descripción de la **categoría de efectividad del tratamiento recibido** por el grupo de mujeres participantes y sobrevivientes en el proceso de atención en la EPS SANITAS, con procedimiento quirúrgico; se analizaron las subcategorías emergentes las cuales son: expectativa de curación, incertidumbre postratamiento, percepción positiva global y vida después el cáncer.

### **Expectativa de Curación**

Las pacientes expresan expectativas claras sobre los resultados del tratamiento, vinculadas a la curación y la recuperación de su calidad de vida, al respecto Ana destaca: *"Pues eran curarme, que igual gracias a Dios con la cirugía fue así"*. Entre tanto, Clara enfatiza en la esperanza de eliminar la enfermedad y el poder retomar aspectos vitales, como el libre goce de la sexualidad: *"Que ojalá me haya desecho del cáncer, y que yo pueda tener una vida plena frente*

*al desarrollo de mi sexualidad...*". También manifiesta que se encontraba bajo tratamiento y tiene la confianza frente a sus resultados: *"Yo tengo la expectativa de que realmente me haya desecho de las células cancerígenas en mi cuerpo"*. A su vez, esto coincide con la experiencia de Carol, en donde al iniciar el manejo farmacológico, empezaba a presentar mejorías evidentes: *"Pues ahora todo ha estado muy bien"*. Lo anterior demuestra como independientemente del tratamiento en las mujeres existe la confianza respecto a la mejoría de su proceso y la esperanza de continuar con sus proyectos vitales.

### **Incertidumbre Postratamiento**

Tras la finalización del tratamiento oncológico, algunas participantes enfrentan una etapa marcada por una profunda incertidumbre, tanto en el ámbito físico como emocional, así lo expresa en su narrativa Vicky: *"Ha sido un proceso complicado frente a mi salud mental, adaptarme a los cambios y esta nueva realidad no fue fácil"*. Aunque el fin del tratamiento suele percibirse como un hito positivo, también puede generar una sensación de vulnerabilidad ante la posibilidad de recaídas como lo expresa Luisa: *"Durante el tratamiento era poder curarme y que no me dieran recaídas"*; vale la pena resaltar que en la literatura se ha escrito que la sensación de incertidumbre en los casos de enfermedad crónica como el cáncer, se encuentra asociada a la experiencia de sufrimiento, por lo que es posible que las mujeres continúen viviendo el malestar constante aun finalizando su tratamiento.

### **Percepción Positiva Global**

A pesar de las dificultades inherentes que conlleva el tratamiento del cáncer, algunas mujeres expresan una visión general favorable de su experiencia terapéutica, por ejemplo, Luciana: *"Pues nada, seguir adelante y tomarme todos los medicamentos y seguir porque qué más puedo hacer"*. Esta valoración favorable suele estar asociada con el sentido de esperanza que

ofrecen los avances médicos, la atención recibida por parte del equipo de salud y la posibilidad de recuperación o control de la enfermedad como lo reconoce Luisa: *“como me lo explicó el doctor me generó confianza y que iba a ser un tratamiento exitoso”*. Esta percepción positiva, aunque no exenta de momentos difíciles, puede tener un impacto directo en la adherencia terapéutica, el afrontamiento emocional y la calidad de vida a largo plazo.

### **Vida Después del Cáncer**

La vida después del cáncer representa una etapa de reconstrucción física, emocional y social para muchas sobrevivientes, como la experiencia de Luciana: *“Me quito mucha libertad, un cambio total de vida”*. Aunque el tratamiento haya finalizado, persisten desafíos como el manejo de secuelas, el temor a recaídas y la adaptación a una nueva normalidad, tal como lo menciona Luisa cuando expresa: *“No comía duraba días enteros en los que llegue a pesar 20 kilos, no podía tomar ni siquiera agua, quede postrada y si... la vida a uno le cambia completamente”*. Sin embargo, esta etapa también puede ser una oportunidad para resignificar la experiencia vivida, fortalecer vínculos personales y valorar con mayor profundidad los aspectos cotidianos de la vida y así lo expresa Camila: *“Es un cambio totalmente, a pesar de que es un cáncer, empecé apreciar mucho lo que es un cuerpo y a cuidarme para mi vida futura y mi vida sexual”*. La experiencia del CCU confronta con la vida y en varios casos la revaloración de la experiencia vital puede tener un fin transformador en el proceso salud enfermedad.

Para concluir, la efectividad del tratamiento oncológico, además de medirse en términos clínicos, se refleja en las expectativas de curación que las mujeres desarrollan durante el proceso. Muchas perciben los avances terapéuticos como una fuente de esperanza, lo que favorece una actitud positiva frente a la enfermedad. Sin embargo, una vez finalizado el tratamiento, pueden emerger sentimientos de incertidumbre relacionados con el temor a recaídas y la falta de controles

médicos frecuentes. A pesar de ello, una parte significativa de las participantes construye una percepción global positiva de la experiencia, reconociendo no solo los beneficios médicos recibidos, sino también el apoyo emocional y la posibilidad de un nuevo comienzo. La vida después del cáncer, aunque desafiante, se convierte en una etapa de reajuste y crecimiento, donde se valoran los logros alcanzados y se redefine el sentido de bienestar más allá de la enfermedad.

Para la tercera **categoría experiencia de la eficiencia del tratamiento** se destacan las siguientes subcategorías: retrasos en la atención, saturación del servicio, acceso limitado e inequidad geográfica.

### **Retrasos en la Atención**

La logística del tratamiento genera desafíos significativos, especialmente en términos de accesibilidad y tiempos de espera. Algunas participantes mencionan demoras en la atención. Otra situación reiterada fue la falta de seguimiento posterior al tratamiento, lo que genera sensación de abandono en las pacientes, como se muestra a continuación con la narrativa de Camila *“Era de mi parte que tocaba llamar, de gestionar las citas y demás”*. Así mismo, Milena y Luciana coinciden con la demora en las citas de seguimiento para el tratamiento de su enfermedad: *“Pues el seguimiento ha sido cada 6 meses o a veces se alarga un poco más el tiempo de espera”* *“Se me demoran mucho las citas”*. Esta sobrecarga se manifiesta en tiempos de espera prolongados para diagnósticos, tratamientos y consultas de seguimiento, lo que puede aumentar la ansiedad del paciente y retrasar intervenciones cruciales como narra Vicky: *“Me pidieron que solicitara la cita con el ginecólogo obstetra, pero eso si se demoró bastante... eso se demoró casi un mes, un poco más, además que ese tiempo de espera fue muy angustiante porque pues a uno le dicen usted tiene cáncer”*. El aumento en la necesidad de atención oncológica ha generado una evidente saturación en los servicios de salud, lo que impacta de manera directa en la calidad y en

la prontitud de la atención que reciben las mujeres con CCU y así como las demoras en los procesos de atención, pueden implicar para las mujeres complicaciones en su estado físico.

### **Saturación del Servicio**

Complementariamente, las usuarias manifestaban que la asistencia a los centros donde se instauraba el manejo medicamentoso presentaba en la mayoría de las veces procesos de saturación en los servicios y Clara nos refiere: *"El servicio es bueno, pero hay tanta gente que hace que se retrase mucho"*. Además, la alta presión sobre el personal médico limita la posibilidad de una atención individualizada y afectiva, comprometiendo no solo la eficiencia del sistema, sino también la experiencia emocional de quienes atraviesan la enfermedad y así lo expresa Carol: *"Yo sé que no soy la única y hay mucha gente, pero pues que le pongan a uno más atención"*. Vicky entre tanto, habla de la saturación de los espacios en los servicios de atención: *"Hay mucha gente, los ascensores están muy llenos, se demoran mucho"*. Este escenario pone de manifiesto la importancia de fortalecer la infraestructura y los recursos humanos para asegurar una atención oncológica completa, puntual y centrada en el paciente.

### **Acceso limitado e Inequidad Geográfica**

Además, las barreras geográficas y económicas, impuestas por determinantes burocráticos del proceso de atención en salud eran recurrentes e implicaba traumatismos por el alto desplazamiento de las pacientes, algunos trayectos no tan largos, otros implicaban viajar a otras ciudades. Por ejemplo, Clara explica: *"Yo vivo en Boyacá y el examen queda en Barranquilla y solo Sanitas tiene convenio con Barranquilla para ese examen... uno como usuario le toca asumir todos los gastos de traslado"*. Situación que se agrava incluso viviendo en la misma ciudad, pero sin tener en cuenta la comodidad, cercanía y adaptación a los sitios de atención o al personal de salud, como lo expresó igualmente Clara: *"Me operaron en un lado, me atendieron*

*en otro... nadie sabía lo que pasaba y eso me afectaba*". La inequidad geográfica en la atención del cáncer evidencia la urgencia de implementar políticas de descentralización y fortalecimiento de los sistemas locales de salud para garantizar una atención equitativa y oportuna, independientemente del lugar de residencia.

Para la cuarta y última **categoría de la experiencia de las pacientes frente a la eficacia del tratamiento** se destacan las siguientes subcategorías: ineficacia percibida, incertidumbre terapéutica, dolor residual, y síntomas no resueltos que se describen a continuación.

### **Ineficacia Percibida**

En esta categoría, la claridad y suficiencia de la información médica fue percibida de manera ambivalente. Algunas pacientes destacaron el rol comunicativo del médico como factor importante para medir la eficacia y comprender el manejo de su condición, así lo expresa en su relato Camila: "*Siempre me dijo la finalidad del tratamiento...*". Aunque para algunas participantes, los miembros del equipo de atención en salud no eran claros frente al manejo que requería las mujeres ampliando esa brecha de incertidumbre y confusión como es en el caso de Clara: "*Fue confuso, me hubiera gustado más información*". Dentro del discurso de las participantes se observa el rol preponderante que tiene la relación que establece con el equipo de salud y la comunicación con éste, a pesar de tener resultados positivos en el tratamiento no se valora como tal debido a fallos comunicativos con el equipo de salud.

### **Incertidumbre Terapéutica**

La incertidumbre terapéutica representa un aspecto frecuente y complicado en la atención de la persona con cáncer, especialmente en situaciones donde el pronóstico no es claro o los tratamientos disponibles presentan riesgos notables como lo indica la participante Camila: "*Es*

*difícil cuando uno inicia un tratamiento con cáncer, porque uno no sabe si el tratamiento que te brindan si va a funcionar, realmente tiene uno mucho miedo que expectativas, al inicio creo que se cierra mucho las posibilidades”.* Esta situación puede generar en la mujer una sensación de inseguridad respecto a la eficacia de las terapias indicadas, así como dudas sobre los posibles efectos secundarios o la evolución de la enfermedad como en el caso de Milena: *“Me hubiera gustado que profundicen un poco más de los cambios que podía tener mi cuerpo, sobre el tratamiento y las secuelas”.*

No obstante, algunas pacientes reconocen el avance frente al tratamiento y la efectividad de este a largo plazo, aun así, expresan incertidumbre como lo describe Clara: *“He logrado superar algunos factores que influyeron en el tratamiento, pero tengo incertidumbre”.* Este contexto resalta la necesidad de fortalecer la comunicación médico-paciente y de brindar acompañamiento emocional durante todo el proceso terapéutico.

### **Dolor Residual**

El dolor residual tras el tratamiento oncológico es una manifestación persistente que genera inquietud y afecta considerablemente la calidad de vida de las mujeres con cáncer como expresa en la narrativa Camila: *“No podía dormir, tenía mucho dolor por parar el tratamiento en pandemia”.* Aunque el objetivo terapéutico se haya cumplido en términos de control o remisión de la enfermedad, es frecuente que persistan molestias físicas derivadas de intervenciones quirúrgicas, quimioterapia o radioterapia es así como Luciana narra su malestar: *“Antes me sentía bien, porque tenía una vida normal...podía salir y hacer todo lo que me gustaba. Ahora ya no puedo y me siento muy mal”.* Este tipo de dolor, que puede ser musculoesquelético, neuropático o visceral, no solo limita la funcionalidad cotidiana, sino que también impacta en el bienestar emocional y en la percepción de recuperación de las mujeres que lo experimentan como nos

cuenta su experiencia Vicky: *"Tuve el dolor, pero tengo el malestar de cadera que eso es lo que más está molestando ahora"*. Por lo tanto, en algunos casos, la atención clínica es centrada en el tratamiento de la enfermedad activa (en este caso del cáncer) descuidando el abordaje integral del dolor crónico que permanece. Esto resalta la necesidad de implementar estrategias para el seguimiento multidisciplinario que incluyan manejo del dolor, rehabilitación física y apoyo psicológico como parte fundamental del cuidado postratamiento; pues si bien se considera que se salva la vida de las mujeres es compromiso de los profesionales aportar a su bienestar y calidad de vida de manera constante.

### **Síntomas No Resueltos**

Tras la finalización del tratamiento oncológico, algunas mujeres continúan experimentando síntomas no resueltos que afectan su bienestar físico y emocional y lo podemos evidenciar en la narrativa de Milena: *"Me veo un poco limitada por el tema de fuerza a pesar de que la cirugía fue hace tantos años aún hay lugares donde me molesta me da miedo que se caiga mi vejiga"*; así mismo, otras refieren haber tenido cambios o limitaciones en actividades cotidianas por el diagnóstico y clara narra su experiencia: *"Sí, como montar en la moto, como subir las escaleras, caminar un poco rápido, cargar una mochila con un computador"*, incluso malestares específicos entre los más frecuentes se encuentran la fatiga persistente, frente a lo que Luisa expresa: *"Ahora solo sufro un poco de fatiga"*, alteraciones del sueño, trastornos gastrointestinales, disfunciones y síntomas de ansiedad o depresión y las siguientes participantes narran su experiencia, Vicky: *"Me ha afectado mucho físicamente, en el sentido que he bajado mucho de peso, precisamente por la ansiedad, me he sentido un poco cansada, tengo muchos mareos, si he estado como que cualquier actividad que yo haga me canso muy rápido"*; también Luisa expresa otro malestar: *"El tema de las ostomías es sumamente complejo, el tema de ir a*

*cada rato al baño es un poco difícil*". Esta situación puede generar frustración y una sensación de abandono en las mujeres, quienes esperan una recuperación completa, pero se enfrentan a secuelas prolongadas que alteran su calidad de vida incrementando la duda ante posibles complicaciones de la patología como lo señalan las participantes Carol: *"Aunque pues ahorita con lo de la posible metástasis uno piensa: ¿O sea que las quimioterapias no sirvieron de nada?"* y Clara: *"Tengo una que otra molestia que aún no puedo identificar bien a que se debe, si es por el tratamiento o está pasando algo más en mi cuerpo"*. Por tanto, es fundamental que los sistemas de salud integren un enfoque de atención continua y multidisciplinaria que identifique, evalúe y gestione de manera oportuna estos síntomas persistentes como parte esencial del proceso de recuperación.

En general, la experiencia de las pacientes con CCU frente al tratamiento recibido está profundamente influenciada por el significado atribuido durante y después del proceso terapéutico. Si bien muchas reconocen la **eficacia** del tratamiento en términos de control o remisión de la enfermedad, también emergen preocupaciones sobre la **eficiencia** del sistema de salud, especialmente en contextos de saturación, inequidad geográfica o demoras en la atención. Asimismo, la **efectividad** percibida se ve matizada por la persistencia de síntomas no resueltos, el dolor residual y la incertidumbre postratamiento, factores que pueden limitar la vivencia positiva del proceso. No obstante, a pesar de estas dificultades, algunas desarrollan una visión constructiva del tratamiento, destacando el acompañamiento recibido, la posibilidad de transformación personal y la esperanza de una vida con mayor significado tras el cáncer. Esta percepción multifacética pone en evidencia la importancia de ofrecer una atención centrada en las mujeres con CCU, continua y sensible a sus necesidades más allá del ámbito clínico biomédico.

## Discusión

Las sobrevivientes de cáncer de cuello uterino (CCU) describen una experiencia de tratamiento cargada de vulnerabilidad y transformación. Los resultados del estudio indican que, ante el diagnóstico y el proceso terapéutico, las mujeres sintieron miedo, incertidumbre y desorientación, pero también mostraron una notable fortaleza interna para sobreponerse.

Desde **las experiencias de las pacientes frente al tratamiento recibido**, se desprenden situaciones como lo son la transformación personal, en donde el diagnóstico de cáncer representa un punto de inflexión en la vida de las pacientes, marcadas por emociones variadas, pero con una gran determinación de confrontar la enfermedad. Al respecto, en concordancia con estudios previos, se evidencia que estas pacientes descubren capacidades y recursos personales insospechados: "comprender la realidad que enfrentan revela su fuerza y capacidad para lidiar con dificultades y efectos secundarios tardíos" (Ochoa, Carrillo & Sanabria, 2019; Shen et al., 2022; Ayala et al., 2022). De hecho, la narrativa de sobrevivientes de cáncer de cuello uterino revela un proceso de auto percibirse a sí mismas como "supervivientes" que implica enfrentar un "camino desconocido" y "avanzar más allá del sufrimiento" (Shinan-Altman, Levkovich & Hamama-Raz, 2024; Chona et al., 2023). Este hallazgo también es consistente con la evidencia que muestra que muchas mujeres reconfiguran su identidad, experimentan crecimiento postraumático y fortalecimiento personal como parte del proceso de sanación (Shrestha et al., 2020; Shen et al., 2022).

Este proceso se entiende mejor desde una perspectiva fenomenológica husserliana/heideggeriana y humanista. Desde Husserl se valora el vivir-intentado de cada paciente: al describir sus vivencias sin presuposiciones, se revelan las esencias de su experiencia oncológica. Se invita al lector a "poner en paréntesis" suposiciones, de modo que las pacientes

mismas sean las expertas de su mundo vivido. Heidegger aportó la noción de ser-en-el-mundo: las mujeres con CCU se ven impulsadas a una nueva existencia marcada por la finitud y el cuidado. Esta situación existencial las confronta con la posibilidad del “ser-para-la-muerte”, despertando una conciencia más profunda de su ser. En esta “situación límite” emerge la autenticidad: algunas pacientes experimentan que la cercanía de la muerte las impulsa a valorar intensamente la vida cotidiana (Shinan-Altman et al., 2024; Acuda et al., 2021). Por tanto, el tratamiento oncológico no es solo un acto médico sino un vivir en el cuidado; las pacientes interpretan cada interacción clínica dentro de su mundo significativo.

Por otro lado, el enfoque humanista de Carl Rogers enriquece la interpretación de estos hallazgos. Rogers postula que la persona tiene una tendencia innata hacia el crecimiento y se autoexplora para encontrar soluciones propias (Yao & Kabir, 2023). Esto contrasta de manera general con la categoría de la **efectividad del tratamiento recibido**, en donde la expectativa de la curación se correlaciona con el ejercicio que el profesional de la salud ejerce sobre el paciente cuando brinda un ambiente de aceptación incondicional, empatía y congruencia frente al tratamiento de su patología. Tal como señalan (Yao y Kabir, 2023), el método rogeriano enfatiza la escucha reflexiva, la empatía activa y la aceptación no juzgadora sobre la interpretación de conductas. En nuestro estudio, las pacientes valoraron profundamente sentirse escuchadas y comprendidas. Cuando el personal ofreció información clara, apoyo emocional y trato humano, las mujeres expresaron menor ansiedad y mayor sensación de control. Por el contrario, la falta de comunicación efectiva y el trato mecánico generaron frustración y temor, evidenciando que, sin empatía genuina, la atención pierde su carácter curativo. La teoría rogeriana *r e c u e r d a* que el paciente es la experta de su propia experiencia (Yao & Kabir, 2023): los profesionales de la salud solo pueden acompañarla facilitando su autodescubrimiento. Aplicar estos principios en oncología

significa permitir que las pacientes expresen sus temores sin ser interrumpidas ni juzgadas durante el manejo de su enfermedad.

En esta línea, los resultados encontrados se relacionan con la literatura reciente sobre cuidados centrados en la persona. Por ejemplo, Kwame y Petrucka (2021) afirman que brindar servicios sanitarios que respeten y respondan a las necesidades individuales promueve percepciones positivas de calidad asistencial. Igualmente, Pascual-López, Gil Pérez, Sánchez Sánchez y Menárguez Puche (2021) identificaron que entre los aspectos más valorados por los profesionales para una atención centrada en la persona se encuentran el respeto, la atención integral y el enfoque biopsicosocial, así como la autonomía del paciente y su participación en las decisiones. Estos elementos aparecen reflejados en las voces de las sobrevivientes: demandaron ser tratadas como personas completas, no solo como un cuerpo enfermo, y que se les incluya en el plan terapéutico. Cuando lograron participar en la toma de decisiones, reportaron una mayor satisfacción y empoderamiento (Osei-Appiah et al., 2021; Shinan-Altman et al., 2022). Por tanto, más allá de la técnica médica, las pacientes reclamaron un modelo de atención que considere su historia personal, valores y roles sociales (Yao & Kabir, 2023).

Un ejemplo concreto de atención centrada que surgió como referencia fue la figura de la enfermera de enlace, implementada en Chile, que acompaña al paciente oncológico desde el diagnóstico y explica el tratamiento en lenguaje claro. Palma-Rivadeneira, Lucchini-Raies y Márquez-Doren (2022) documentan que este acompañamiento personalizado genera un impacto transformador y destacan el rol del personal de enfermería en sostener a la paciente y su familia. Nuestro estudio refleja este mismo hallazgo: las mujeres valoraron enormemente cuando sintieron que había un vínculo afectivo con algún profesional que “las sostuvo” durante el proceso. Esta experiencia de cuidado personalizado mitiga el sufrimiento al darle sentido y contención, validando los principios rogerianos de empatía y presencia compasiva.

Sin embargo, los hallazgos también evidencian tensiones y áreas de oportunidad. Estos destacaron desde la **categoría frente a la eficiencia del tratamiento** de las pacientes, las cuales se vieron reflejadas en el proceso de retraso en la atención, procesos de saturación del servicio de atención y limitaciones generadas por el desplazamiento alejados para el manejo de su enfermedad. En relación con esto, muchas pacientes no superan sin secuelas el impacto psicológico del cáncer. La vivencia de culpa y autoexigencia recuerda la necesidad de una comunicación sensible (Asakitogun et al., 2023). Aquí Heidegger aporta otra idea: la preocupación (Sorge) como modo fundamental del Dasein; las pacientes están “preocupadas” por su salud y por sus roles familiares, y esperan que el sistema también se preocupe por ellas. Cuando la estructura burocrática de la EPS genera demoras o falta de información, esto alimenta su angustia existencial y amplía los procesos de desesperanza frente a una recuperación pronta del cáncer.

Finalmente, **frente a la eficacia percibida**, se plasma el sentir de las pacientes, frente al dolor residual y síntomas no resueltos durante el tratamiento del cáncer. Al respecto, Rogers enfatizaría que el entorno terapéutico, mediado por enfermeras, médicos, y el mismo sistema debe ser facilitador y garantizar mediante el tratamiento humanizado, la prevención de secuelas y dolores residuales post tratamiento en las pacientes. Una atención puramente técnica, carente de dimensión humana, niega la visión Rogeriana de que el ambiente terapéutico influye en la salud y recuperación de las pacientes (Yao & Kabir, 2023; Acuda et al., 2021).

En síntesis, por medio de la presente discusión, se contrastan los resultados con los marcos fenomenológico y Rogeriano para comprender la experiencia de las pacientes. Desde Husserl y Heidegger entendemos estas vivencias como un mundo de significado único; valorizamos la necesidad de un trato empático, de respeto a su subjetividad y de promoción de la autonomía. Coincidimos con la literatura reciente en que una atención verdaderamente centrada en la persona en oncología exige no solo procedimientos médicos adecuados, sino un compromiso con la

dignidad, la empatía y la participación de la mujer en el mismo. En la práctica, esto implica adoptar un modelo de intervención integral que empodere a las pacientes para asumir activamente su enfermedad y derechos, ofreciendo un apoyo emocional continuo y considerando sus expectativas de vida (Pascual-López et al., 2021; Kwame & Petrucka, 2021; Osei-Appiah et al., 2021; Shinan-Altman et al., 2022). Al hacerlo, se honra la esencia fenomenológica de la experiencia vivida y se aplica el humanismo Rogeriano para promover la curación en sentido amplio, no solo físico).

## Conclusiones y Recomendaciones

Las pacientes sobrevivientes de cáncer de cuello uterino atribuyen al tratamiento recibido un significado complejo, en el que coexisten emociones de temor, ansiedad, tristeza y, con el tiempo, resignificación positiva de la experiencia como una oportunidad de aprendizaje y fortalecimiento personal.

Las mujeres orientaron su conciencia hacia el tratamiento desde una posición dual: por un lado, con confianza en los procedimientos clínicos como medio de recuperación; y por otro, con sentimientos de abandono y fragmentación del sistema de salud, lo que afectó negativamente su percepción de la atención recibida.

Como recomendación se resalta la importancia de incluir la atención psicológica como parte fundamental del manejo integral del cáncer de cuello uterino, desde el diagnóstico hasta el seguimiento post-tratamiento.

Es necesario reducir las barreras administrativas y logísticas que dificultan el acceso a citas, autorizaciones y continuidad del tratamiento, garantizando una ruta clara y centralizada.

Fortalecer la articulación entre niveles de atención y servicios, evitando la fragmentación del cuidado y mejorando la trazabilidad de cada paciente.

Diseñar programas de acompañamiento integral para mujeres diagnosticadas con cáncer de cuello uterino, que integren atención clínica, psicosocial, educativa y comunitaria.

Promover la investigación cualitativa en cáncer ginecológico, como insumo para mejorar la calidad de la atención desde las voces de las pacientes que lo padecen.

Implementar rutas de atención con enfoque de género y derechos humanos, que garanticen la dignidad, el trato humanizado y la continuidad del cuidado oncológico.

## Referencias

- Abarca, O. M. R., Rodríguez, M. D. R. R., Daza, E. R. V., Rodríguez, L. G., & Alhazmi, A. A., & Kaufmann, A. (2022). Phenomenological Qualitative Methods Applied to the Analysis of Cross-Cultural Experience in Novel Educational Social Contexts. *Frontiers in Psychology*, 13, 785134. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.785134>.
- Andréu, J. (2019). Las técnicas de Análisis de Contenido: Una revisión actualizada. <http://mastor.cl/blog/wp-content/uploads/2018/02/Andreu.-analisis-de-contenido.-34-pags-pdf.pdf>.
- Ariza-Montes, A., Fernández-Navarro, F., Molina-Sánchez, J., & Giorgi, G. (2021). Patient-centered care in oncology: A qualitative study on nurse-patient interactions. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(5), 2593. <https://doi.org/10.3390/ijerph18052593>
- Bautista, C. D. M. (2023). Perfil de la familia superviviente al cáncer de cuello uterino. *Archivos en Medicina Familiar*, 25(2), 65-68.
- Bravo Polanco, Eneida, Águila Rodríguez, Narciso, GuerraVillarpanda, Dayamí, Blanco Vázquez, Yamiley, Rodríguez González, Oskeimy, & Oliva Santana, Madelín. (2020). Cáncer cérvico uterino: prevención y tratamiento. *MediSur*, 18(4), 685-693. [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1727-897X2020000400685&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2020000400685&lng=es&tlng=es).
- Bull, C., Teede, H., Watson, D., & Callander, E. J. (2022a). Selecting and Implementing Patient-Reported Outcome and Experience Measures to Assess Health System Performance. *JAMA Health Forum*, 3(4), e220326. <https://doi.org/10.1001/jamahealthforum.2022.0326>.

- Bzeipez, R. K., & Al-Fayyadh, S. (2022). Impact of Cervical Cancer on Women's Bio-Psycho-Social Aspects of Health: A Mixed Methods Study. *Pakistan Journal of Medical and Health Sciences*, 16(6), 668-674. <https://doi.org/10.53350/pjmhs22166668>.
- Castagnetta, O., Tomás, B. B., & Fernández-Castro, J. (2021). Estrés cotidiano en supervivientes de cáncer. [Daily stress in cancer survivors] *Psicooncología*, 18(1), 37-50. <https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/74531/4564456556697>.
- Carreño, AP (2011). Martin Heidegger y el final del humanismo . Dialnet. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/8028785.pdf>
- Cervantes, C., González-Méndez, R., & Morales, J. (2022). Experiencias de mujeres mexicanas sobrevivientes de cáncer cervicouterino: un estudio cualitativo. *Revista de Investigación Clínica*, 74(1), 17–25. <https://doi.org/10.24875/RIC.20000453>
- Cerezo, M. V., & Rueda, P. (2020). Resiliencia y Cáncer: Una relación necesaria. *Escritos De Psicología - Psychological Writings*, 13(2), 90–97. <https://doi.org/10.24310/espsiesepsi.v13i2.10032>
- Cianci, S., Tarascio, M., Arcieri, M., La Verde, M., Martinelli, C., Capozzi, V. A., Palmara, V., Gulino, F., Gueli Alletti, S., & Caruso, G. (2023). Post-treatment sexual function and quality of life of patients affected by cervical cancer: A systematic review. *Medicina*, 59(4), 704. <https://doi.org/10.3390/medicina59040704>
- Chona, E. Z., Msengi, E. A., Gosse, R. A., & Ambikile, J. S. (2023). Experiencias vividas y necesidades de cuidados de mujeres diagnosticadas con cáncer de cuello uterino: un estudio cualitativo en Dar es Salaam, Tanzania. *PLOS ONE*. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0289925>
- Correia, RA, Bonfim, CVD, Feitosa, KMA, Furtado, BMASM, Ferreira, DKDS y Santos, SLD (2020). Disfunción sexual después del tratamiento del cáncer de cuello uterino. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 54. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2019029903636>

- Cortés, A. (2006). Heidegger y el humanismo. *Revista Electrónica de Difusión Científica, Universidad Sergio Arboleda*.
- [https://repository.usergioarboleda.edu.co/bitstream/handle/11232/329/CienciasSocialesyHumana\\_s6111.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repository.usergioarboleda.edu.co/bitstream/handle/11232/329/CienciasSocialesyHumana_s6111.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Cuenta de alto costo. (2024). Día Mundial del Cáncer de Cuello Uterino 2024.
- <https://cuentadealtocosto.org/cancer/dia-mundial-del-cancer-de-cuello-uterino-2024/>.
- Díaz-Toro, E. C., Rodríguez, R. G., & Figueroa, D. A. (2021). Narrativas de mujeres sobrevivientes al cáncer de cuello uterino: una mirada desde la fenomenología. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 72(4), 275–284. <https://doi.org/10.18597/rcog.3673>
- EPS Sanitas. (2023). Informe rendición de Cuenta.
- <https://www.epssanitas.com/usuarios/documents/9441058/983060660/Informe-Rendicion-Cuentas-EPS-Sanitas-Vigencia-2023.pdf>.
- Estrada Lopera, M. (2018). Pedagogía crítica y humanismo en Paulo Freire . *Revista de Educación y Humanismo*, 12(3), 45-60.
- Fernández-García, E., Sanz-Cuesta, T., Ropero-Padilla, C., & Jiménez-López, F. R. (2022). Emotional experiences and coping strategies of women with cervical cancer: A qualitative systematic review. *European Journal of Oncology Nursing*, 58, 102142.
- <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2022.102142>
- Harappa. (2021, septiembre 27). *Phenomenological Research: Methods And Examples*. Harappa.
- <https://harappa.education/harappa-diaries/phenomenological-research/>.
- Hernández Santander, L. (2014). *Terapias humanistas y fenomenológicas: Un enfoque integrador* .
- Revista Colombiana de Psicología*, 23(1), 77-92.
- Herrera Restrepo, J. (1999). *Fenomenología y subjetividad: La obra de Husserl* . Editorial Pontificia Universidad Javeriana.

- Husserl, E. (1983). Ideas relativas a una fenomenología pura y una filosofía fenomenológica (Vol. 1) (JN Findlay, Trad.). Martín Nijhoff. (Trabajo original publicado en 1913)  
<https://profesorvargasguillen.files.wordpress.com/2012/11/husserl-edmund-ideas-relativas-a-una-fenomenologia-pura-y-una-filosofia-fenomenologica-ocr.pdf>
- Kwame, A., & Petrucka, P. M. (2021). A literature-based study of patient-centered care and communication in nurse-patient interactions: Barriers, facilitators, and the way forward. *BMC Nursing*, 20, 158. <https://doi.org/10.1186/s12912-021-00684-2>
- Lu, Y., et al. (2019). Psychological Stress and Cancer-Specific Mortality in Patients With Cervical Cancer. *JAMA Oncology*, 5(2), 255-262.
- Mattsson, M., Ljungman, L., Einhorn, K., & et al. (2020). Percepciones de la atención después del final del tratamiento entre mujeres jóvenes con diferentes diagnósticos de cáncer ginecológico: un análisis cualitativo de las respuestas escritas enviadas a través de una encuesta. *BMC Women's Health*, 20, 276. <https://doi.org/10.1186/s12905-020-01133-z>.
- Mantegna, G., Petrillo, M., Fuoco, G., Venditti, L., & Terzano, S. (2024). Long-term prospective longitudinal evaluation of emotional distress and quality of life in cervical cancer patients disease-free 2 years from diagnosis. *Psycho-Oncology*. <https://doi.org/10.1002/pon.5678>.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2024). Por una Colombia sin cáncer de cuello uterino. <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/por-una-colombia-sin-cancer-de-cuello-uterino.aspx>
- Nasution, Lina Anisa, Afiyanti, Yati, & Ma'rifah, Atun Raudotul. (2023). Las necesidades más insatisfechas en sobrevivientes de cáncer ginecológico y de mama, una revisión sistemática. *Enfermería Global*. <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/530511>
- Nisa Yaşar, B. y Terzioğlu, F. (2022). Factores que afectan la carga y la calidad de vida de los cuidadores de pacientes con cáncer ginecológico. *Archivos de Investigación y Ciencias de la*

Salud. <https://archhealthscires.org/en/factors-affecting-the-burden-and-quality-of-life-of-caregivers-for-gynecological-cancer-patients-13368>.

Noreña, A. L., Alcaraz-Moreno, N., Rojas, J. G., & Malpica, D. R. (2012). Aplicabilidad de los criterios de rigor y éticos en la investigación cualitativa. *Aquichan*, 12(3), Article 3.  
<https://doi.org/10.5294/aqui.2012.12.3.5>

Noguero, Fernando López. 2019. “El Análisis de Contenido Como Método de Investigación.” *Revista de Educacion*.

Ochoa, E., Carrillo, G. M., & Sanabria, D. (2019). Finding myself as a cervical cancer survivor: A qualitative study. *European Journal of Oncology Nursing*, 41, 143–148.  
<https://doi.org/10.1016/j.ejon.2019.06.008>

Organización panamericana de la Salud. (2022). *Cáncer cervicouterino*. OPS.  
<https://www.paho.org/es/temas/cancer-cervicouterino>

Organización Panamericana de la Salud. *Salud en las Américas: Acelerando la eliminación de enfermedades*. Informe final. Washington, DC: OPS; 2024. Disponible en:  
<https://doi.org/10.37774/9789275329313>.

Palma-Rivadeneira, S., Lucchini-Raies, C., & Márquez-Doren, F. (2022). Experiencia de vivir el proceso de enfermar de cáncer y recibir quimioterapia, siendo acompañado por una Enfermera de Enlace. *Revista Médica de Chile*, 150(6), 774–783. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872022000600774>

Pascual-López, J. A., Gil Pérez, T., Sánchez Sánchez, J. A., & Menárguez Puche, J. F. (2021). ¿Cómo valorar la Atención Centrada en la Persona según los profesionales? Un estudio Delphi. *Atención Primaria*, 53(2), 102232. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2021.102232>

Pimentel, N. B., Modesto, F. C., Lima, V. C. G. S., Oliveira, A. M. D., Andrade, K. B. S. D., Fuly, P. D. S. C., & Santos, M. S. C. D. (2023). repercusiones psicosociales del tratamiento de radioterapia para el cáncer de cuello uterino: un enfoque cualitativo. <https://doi.org/10.1590/ce.v28i0.88967>.

- Rodríguez, A., et al. (2019). Barriers to cervical cancer screening and follow-up in Colombia. *International Journal of Gynecological Cancer*, 29(Suppl 1), A489.2.
- Roussin, M., Lowe, J., Hamilton, A., & Martin, L. (2023). Calidad de vida sexual en jóvenes supervivientes de cáncer ginecológico: Un estudio cualitativo. <https://doi.org/10.1007/s11136-023-03386-1>
- Sampieri, R. sampieri, Fernandez, C. C., & Lucio, P. B. (2012). Metodología de la investigación (6.a ed.). <https://www.uca.ac.cr/wp-content/uploads/2017/10/Investigacion.pdf>
- Sánchez-Loayza, M. G., Méndez-Zhigüe, A. J., & Chamba-Tandazo, M. J. (2023). Rol de enfermería en paciente con cáncer de cérvix según la teoría humanística: A propósito de un caso. *Polo del Conocimiento*, 8(1), 333-349. [file:///C:/Users/gus06/Downloads/DialnetRolDeEnfermeriaEnPacienteConCancerDeCervixSegunLaT-9263648%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/gus06/Downloads/DialnetRolDeEnfermeriaEnPacienteConCancerDeCervixSegunLaT-9263648%20(2).pdf)
- Seperak-Viera R. A., Nuñez Flores S. R., Portilla Herrera S. y Domínguez-Lara S. (2024). Influencia de la inteligencia emocional sobre la resiliencia: un estudio en sobrevivientes de cáncer cérvico uterino en Arequipa - Perú. *Psicooncología*, 21(2), 265-277. <https://doi.org/10.5209/psic.98171>
- Silva-Muñoz, María Antonieta. (2020). Efectos de la enfermedad y tratamiento en la calidad de vida sexual de la mujer con cáncer cérvico uterino. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*. [https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75262020000100074&lng=en&nrm=iso&tlng=en](https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262020000100074&lng=en&nrm=iso&tlng=en)
- Shinan-Altman, S., Levkovich, I., & Hamama-Raz, Y. (2024). Cervical cancer survivors: The experiences of the journey. *Palliative and Supportive Care*. <https://doi.org/10.1017/S1478951522000785>.

- Shrestha G, Mulmi R, Phuyal P, Thakur RK, Siwakoti B (2020) Experiencias de sobrevivientes de cáncer de cuello uterino en Chitwan, Nepal: un estudio cualitativo. PLoS ONE.  
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0234834>
- Shinan-Altman, S., Levkovich, I. y Hamama-Raz, Y. (2024). Sobrevivientes de cáncer de cuello uterino: las experiencias del viaje. Cuidados paliativos y de apoyo, 22 (<https://doi.org/10.1017/S1478951522000785>). Recuperado de <https://www.cambridge.org/core/services/aop-cambridgecore/content/view/56E303721FD42C8B9FB56F3676EC981C/S1478951522000785a.pdf/cervical-cancer-survivors-the-experiences-of-the-journey.pdf>
- Shorey, S., & Ng, E. D. (2022). Examining characteristics of descriptive phenomenological nursing studies: A scoping review. *Journal of Advanced Nursing*, 78(7), 1968-1979.  
<https://doi.org/10.1111/jan.15244>
- Sociedad Americana del Cáncer. (2020). Guía de detección temprana, diagnóstico y clasificación por etapas de cáncer de cuello uterino. <https://www.cancer.org/es/cancer/tipos/cancer-de-cuello-uterino/deteccion-diagnostico-clasificacion-por-etapas/deteccion.html>.
- Soto-Fuenzalida, G. A., & Hernández-Hernández, J. A. (2020). Tipificación de serotipos del virus del papiloma humano de alto riesgo. *Ginecología y Obstetricia de México*, 10.  
<https://doi.org/10.24245/gom.v88i10.3432>
- Torres, J. (2011). Relación entre calidad de vida relacionada con la salud y soporte social en pacientes con cáncer de mama. (Tesis para opción de título, pontificia universidad católica del Perú) Repositorio de la universidad católica de Perú. <https://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/>
- Troncoso-Pantoja, Claudia, and Antonio Amaya-Placencia. 2017. "Entrevista: Guía Práctica Para La Recolección de Datos Cualitativos En Investigación de Salud." *Revista de La Facultad de Medicina* 65(2):329–32. doi: 10.15446/REVFACMED.V65N2.60235.

Writers. (2024, julio 1). A Detailed Guide for Phenomenological Research Design.

<https://bestdissertationwriter.com/phenomenological-research-design/>.

World Health Organization (2021). Global strategy to accelerate the elimination of cervical cancer as a

public health problem. WHO. [https://www.paho.org/en/end-cervical-](https://www.paho.org/en/end-cervical-cancer#:~:text=The%20Global%20Strategy%20outlines%20the,lifetime%20of%20today's%20young%20girls)

[cancer#:~:text=The%20Global%20Strategy%20outlines%20the,lifetime%20of%20today's%20yo](https://www.paho.org/en/end-cervical-cancer#:~:text=The%20Global%20Strategy%20outlines%20the,lifetime%20of%20today's%20young%20girls)

[ung%20girls](https://www.paho.org/en/end-cervical-cancer#:~:text=The%20Global%20Strategy%20outlines%20the,lifetime%20of%20today's%20young%20girls).

World Health Organization. (2024). WHO guidelines for the detection and treatment of precancerous

lesions of the cervix to prevent cervical cancer: use of double-stain cytology to triage women

after a positive human papillomavirus (HPV) test (2nd ed.). Geneva

<https://www.who.int/publications/i/item/9789240091658>.

Yao, L., & Kabir, R. (2023). Person-centered therapy (Rogerian therapy). En StatPearls. StatPearls

Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK557526/>

## Anexos

### Anexo 1.

#### Guion de entrevista

Datos personales	
<b>Nombre de la paciente:</b>	
<b>Documento:</b>	
<b>Nombre de la psicóloga/o:</b>	
ENTREVISTA PACIENTE	
PREGUNTAS	RESPUESTAS
1.¿Cómo se siente y percibe la atención brindada por parte del personal de enfermería?	
2.¿Cómo valoraría la atención recibida por parte del personal de enfermería?	
3.¿Considera que todas sus necesidades fueron atendidas por parte del personal de enfermería?	
4.¿Considera que la comunicación entre el personal de enfermería y usted es clara y concisa? ¿Por qué?	
5.¿Cómo califica el tiempo de espera, para recibir la atención con el médico?	
6.¿El médico escuchó atentamente sus inquietudes?	
7.¿Cómo percibe la atención que le brinda el personal de salud?	
8.¿Cómo evalúa el trato que le brinda el profesional médico?	
9.Mientras estuvo en la consulta, ¿pudo comentarle al médico sus preocupaciones relacionadas con su estado de salud?	

10 ¿Considera que la información que el médico le brindó sobre su diagnóstico fue clara, y suficiente?	
11 ¿Cree que el médico tratante es un profesional confiable?	
12 ¿Considera que el médico que la atendió conoce por completo su situación de salud?	
13 ¿Considera que ha tenido apoyo por parte del personal médico tratante en el proceso de seguimiento y cumplimiento del tratamiento?	
14 ¿Cómo considera el proceso de adaptación a lo largo del tratamiento?	
15 ¿Se le ha brindado información sobre las ventajas y desventajas de los tipos de tratamiento para el cáncer de cuello uterino?	
16 ¿Usted ha pensado en crear objetivos para llevar una óptima calidad de vida en el control de su enfermedad?	
17 ¿Participa usted en las decisiones del tratamiento de su enfermedad? ¿Por qué?	
18 ¿Conoce sus derechos y deberes como paciente?	
19 ¿Cuáles son sus expectativas acerca de su tratamiento?	
20 ¿Tiene alguna preocupación sobre los resultados del tratamiento?	
21 ¿Con respecto al proceso del tratamiento, usted tiene claridad y comprende la información	

suministrada por el personal médico?	
22¿Cómo es su comunicación con otras pacientes que tienen su misma enfermedad? ¿Por qué?	
23¿Ha tenido información clara por parte de la EPS, frente al tratamiento?	
24¿Los profesionales de salud tratan su información de forma confidencial ante los demás pacientes?	
25¿Le gustaría que el profesional de la salud se dirigiera a usted de una forma distinta?	
26¿Cuáles son las habilidades comunicativas que debería tener el profesional en salud que la atiende?	
27¿Se le ha dado la atención necesaria en las condiciones actuales del sistema de salud?	
28¿Qué opina de los programas o servicios que brinda la EPS acerca de la prevención del cáncer de cuello uterino?	
29¿En la EPS le han ofrecido y participado en talleres de salud sexual y reproductiva? ¿Qué opinión tiene de estos talleres?	
30¿En la EPS brindan talleres de salud mental? ¿Qué opina de ellos?	
31¿Qué opina del servicio de recepción de la EPS al llegar a su cita?	
32¿Qué opina del servicio que le brindó la persona en la entrega de sus medicamentos?	
33¿Qué opina de la atención prestada en la EPS?	

34¿Qué aspectos mejoraría del servicio? ¿Por qué?	
35¿Usted cree que la EPS le brinda citas cercanas para el tratamiento de su enfermedad?	
36¿Recomendaría este lugar a sus familiares y amigos? ¿Por qué?	
37Desde la salud física: ¿cómo se ha sentido antes, durante y después del o de los tratamientos?	
38¿Cómo se ha sentido antes, durante y después del tratamiento?	
39¿El profesional de salud le informa sobre el manejo emocional y cambios físicos que conlleva el tratamiento?	
40¿El médico que la trató la remitió a psicología o psiquiatría para hablar sobre sus preocupaciones y temores acerca del tratamiento de su enfermedad?	
41¿Ha tenido cambios o limitaciones en actividades cotidianas de la vida por el diagnóstico?	
42¿El médico que la atiende se preocupa por su estado emocional?	
43Para usted ¿qué ha sido lo más difícil de enfrentarse a este diagnóstico y a este tratamiento?	
44¿Cree que el médico que la atiende comprende lo que le está pasando?	

*Fuente:* Investigador