



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

---

FACULTAD DE PSICOLOGÍA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS PROFESIONALES

EL CÁNCER DE MAMA DESDE LA MIRADA MASCULINA

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

LETICIA ESTRADA ORTUÑO

DIRECTOR DE TESIS: DRA. SOFIA RIVERA ARAGÓN

REVISOR DE TESIS DR. GERARDO BENJAMÍN TONATIUH  
VILLANUEVA OROZCO

SINODALES DRA. ISABEL REYES LAGUNES  
DRA. ROZZANA SÁNCHEZ ARAGÓN  
LIC. NANCY MONTERO SANTAMARIA



® Facultad  
de Psicología

México, D.F.

2014.



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

A Jesús, Gabriela y Diana,  
mis compañeros de viaje.

## AGRADECIMIENTOS

Agradezco a la UNAM por brindarme la oportunidad de continuar mi preparación académica, especialmente a todos mis maestros, amigos y compañeros del SUA y de la División de Educación Continua.

A la Dra. Sofía Rivera Aragón le agradezco su confianza y generosidad. Su guía y apoyo constante fueron determinantes en la elaboración de este trabajo.

A los integrantes del Comité de tesis, Dr. Gerardo Benjamín Tonatiuh Villanueva Orozco, a la Dra. Isabel Reyes Lagunes, a la Dra. Rozzana Sánchez Aragón y a la Lic. Nancy Montero Santamaria les agradezco su apoyo y las sugerencias que ayudaron a mejorar este trabajo.

Agradezco la confianza que me brindaron las parejas que, generosamente, compartieron conmigo sus experiencias con el cáncer de mama. También agradezco a mis amigas Claudia Minerva, Patricia e Itzel por haberme puesto en comunicación con ellas. Asimismo agradezco la buena disposición de todos los hombres que participaron en esta investigación.

A todas las personas que participaron con sus valiosas sugerencias y comentarios para mejorar este trabajo, les agradezco el haber dedicado parte de su tiempo para apoyarme.

# CONTENIDO

RESUMEN .....	1
ABSTRACT.....	1
INTRODUCCIÓN.....	2
CAPITULO 1. EL CÁNCER DE MAMA .....	5
1.1 Aspectos médicos.....	5
1.1.1 Definición .....	5
1.1.2 Anatomía de la mama .....	7
1.1.3 Tipos y estadios del cáncer de mama .....	8
1.1.4 Factores de riesgo .....	10
1.1.5 Diagnóstico y tratamiento.....	14
1.2 El cáncer de mama en México .....	19
1.2.1 Epidemiología del cáncer de mama en México.....	20
1.2.2 Acciones gubernamentales y participación de ONGs .....	27
CAPÍTULO 2. PSICOLOGÍA DEL CÁNCER DE MAMA.....	35
2.1 Representaciones sociales y mitos sobre el cáncer de mama .....	35
2.2 Reacciones emocionales ante el cáncer de mama.....	37
2.3 Estilos de afrontamiento y adaptación .....	43
2.4 Imagen corporal .....	48
2.5 Personalidad tipo C .....	50
2.6 Psicoterapias y calidad de vida.....	51
2.7 La pareja y el cáncer de mama.....	57
2.7.1 El apego en la pareja .....	61
2.7.2 La resiliencia ante el cáncer de mama .....	65
2.7.3 Atribución.....	66
CAPÍTULO 3. MÉTODO.....	68
3.1 Planteamiento del Problema .....	68
3.2 Muestreo .....	69
3.3 Tipo de estudio.....	70
3.4 Instrumentos.....	70
3.5 Procedimiento .....	70

CAPITULO 4. RESULTADOS .....	74
4.1 Primera fase .....	74
4.1.1 Descripción de los informantes.....	74
4.1.2 Entrevistas con los informantes .....	77
4.1.2.1 Lupita y Enrique, resiliencia ante la adversidad .....	77
4.1.2.2 Ana y Ricardo, el apego seguro.....	89
4.1.2.3 Silvia y Javier, la autoimagen positiva.....	92
4.1.2.4 Rosa y Carlos, la incertidumbre.....	95
4.2 Segunda fase .....	98
4.2.1 Descripción de los participantes .....	98
CAPITULO 5. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES .....	102
5.1 Discusión. Primera fase .....	102
5.1.1 Análisis de la mirada masculina en la pareja con cáncer de mama .....	124
5.1.2 ¿Cuáles son los factores que permiten a algunas parejas enfrentar juntos el cáncer de mama?.....	125
5.2 Discusión. Segunda fase .....	127
5.2.1 Análisis de las representaciones masculinas acerca del cáncer de mama.....	151
5.3 Conclusiones, sugerencias y limitaciones.....	154
REFERENCIAS .....	159
ANEXO 1 .....	165
ANEXO 2 .....	167
ANEXO 3 .....	170

## RESUMEN

La problemática asociada al cáncer de mama refiere muchas vertientes en su análisis y en su explicación. Este estudio aborda una de ellas: la mirada masculina, ya que estas mujeres se ven invadidas y trasgredidas de inicio en su vida de pareja. En el presente estudio se exploraron, por medio de entrevistas y cuestionarios, las cogniciones, emociones, reacciones, creencias, dificultades, estilos de afrontamiento y cambios en la relación, como consecuencia del cáncer y su tratamiento, en cuatro parejas que han superado la crisis del cáncer de mama, hasta el presente. También se exploraron las representaciones que tiene un grupo de 105 hombres sobre el cáncer de mama, por medio de cuestionarios. Los resultados muestran la necesidad de brindar a los hombres información acerca del cáncer de mama y de incluirlos en las campañas de prevención, así como de brindar apoyo psicológico a las pacientes y sus familias ante la creciente incidencia de esta enfermedad en México.

Palabras clave: cáncer de mama, pareja, hombres, representaciones.

## ABSTRACT

*The associated problematic to breast cancer concerns many aspects in its analysis and explanation. This study addresses one of them: the male gaze, once women are invaded and transgressed beginning with their lives as couple. This study explore, through interviews and questionnaires, the cognitions, emotions, reactions, beliefs, difficulties, confrontation manners and changes in this relationships, as consequences of illness and treatment, in four couples that have overcome the breast cancer crisis, to our days. The study also explores the mental representations about breast cancer inside a group of 105 men through questionnaires. The results of this study showed the need to include men when providing information and taking them on account in prevention campaigns regarding breast cancer, also is important to provide psychological support to patients and to their families too, regarding the increasing incidence of this disease in México.*

*Key words: breast cancer, couple, men, representations.*

# INTRODUCCIÓN

El cáncer de mama es el cáncer más frecuente en mujeres a nivel mundial y en México es la principal causa de muerte por neoplasia maligna. La incidencia y mortalidad de esta enfermedad se ha incrementado de manera paulatina, pero sostenida desde 1980 en mujeres mexicanas de 25 años de edad o más (de la Vara, Suárez, Ángeles, Torres & Lazcano, 2011).

Para la mujer *“la mama es sinónimo de belleza, erotismo, sexualidad, reproducción o afectividad”* (Flores, 1994, p. 10), y el cáncer atenta contra todo ello. Su impacto emocional en las pacientes se evidencia con miedo, angustia y dolor al pensar en la muerte, la familia y sus proyectos (Vargas & Pulido, 2012). Las mujeres con cáncer de mama experimentan depresión, altos niveles de ansiedad, reacciones desadaptativas, inhibición afectiva y, en general, altos niveles de estrés psicológico e ira (Mera & Ortiz, 2012).

Como se puede ver, en general las investigaciones están dirigidas en su mayoría a la evaluación hecha hacia las mujeres, esto hace que la interpretación y hallazgos que se dan en ellas se trasladen a la evaluación que hacen los hombres de la problemática, la pareja, la enfermedad y ellas mismas. Ya que las investigaciones en hombres vinculadas a parejas con cáncer de mama son pocas y no necesariamente reflejan la “mirada masculina”, objetivo de este trabajo.

A pesar de que el cáncer de mama es una enfermedad que puede desestructurar a la persona, modificando de manera importante su estado de ánimo y sus relaciones de pareja, las campañas de prevención están enfocadas en la mujer: tócate, revísate, explórate. Como si tener cáncer o no tenerlo dependiera sólo de los hábitos de autocuidado. Como si no hubiera factores sociales y económicos que juegan un papel muy importante en la incidencia del cáncer de mama y en la atención médica diferenciada que las mujeres reciben, de acuerdo con sus condiciones socioeconómicas y culturales. Las campañas de prevención dejan de



lado el papel de la mujer en la familia y en la sociedad, un rol que tradicionalmente implica centrar su atención en los otros, más que en sí misma.

La prevención del cáncer de mama se enfoca en las mujeres, puesto que son ellas quienes lo padecen en una proporción de 99% contra el 1% de los hombres. Sin embargo, cuando una mujer padece dicha enfermedad ella no es la única afectada. También lo sufre su pareja, puesto que la crisis que ocasiona modifica la relación de manera importante. El estado de ánimo de la mujer cambia, la expresión de la sexualidad se ve disminuida, así como la intimidad de la pareja, a tal grado que puede romperse el vínculo emocional. El cuidado de los hijos, si los hay, pasa a ser responsabilidad del hombre o de familiares cercanos, al menos temporalmente. La cotidianidad de la familia se ve profundamente trastocada ya que, aún cuando la mujer trabaje fuera de casa, las labores domésticas continúan siendo una carga para ella de manera predominante; bajo su responsabilidad está el cuidado de los hijos, las labores domésticas, la atención de su pareja y, desde luego, el cuidado de sí misma..

Por eso en la presente investigación se incluye la mirada masculina, sus creencias y emociones, la manera en que los hombres se representan el cáncer, la información que poseen sobre la enfermedad, así como el apoyo que están dispuestos a brindar a su pareja en la prevención de la enfermedad. Una idea que subyace a este trabajo es que las campañas de prevención deben enfocarse sí en las mujeres, pero también en sus parejas y familias. En la medida que los hombres posean información y sean sensibilizados acerca de las secuelas físicas y emocionales del cáncer de mama serán capaces de participar en la prevención y, en su caso, de acompañar a su pareja en dicho proceso. También será más fácil para ambos normalizar su vida de pareja.

Las preguntas que guían esta investigación son: ¿Cuáles son los factores que permiten a algunas parejas enfrentar juntos el cáncer de mama? y ¿Cuáles son las representaciones de un grupo de hombres acerca del cáncer de mama? Los objetivos son describir y analizar las dificultades que enfrentan algunas parejas ante el cáncer de mama, así como las fortalezas que les han permitido continuar

juntos; además de investigar acerca de las cogniciones, emociones y creencias de un grupo de hombres sobre el cáncer de mama.

En el primer capítulo se hace una revisión somera de lo que es el cáncer de mama, los tipos de cáncer que existen, los estadios de la enfermedad, factores de riesgo, formas de diagnóstico y tratamiento, así como las secuelas físicas que deja. También se revisa la literatura sobre los aspectos epidemiológicos del cáncer de mama en México, las acciones gubernamentales para combatirlo y las organizaciones sociales que luchan contra esta enfermedad.

El segundo capítulo está dedicado a analizar el impacto emocional del diagnóstico de cáncer de mama, algunos mitos relacionados con el cáncer, los estilos de afrontamiento, el proceso de adaptación y su relación con trastornos de ansiedad y depresión, así como algunos tratamientos psicológicos aplicables. También se revisan tres variables psicológicas relevantes en la relación de pareja cuando la mujer tiene cáncer de mama: el tipo de apego, la resiliencia y la atribución.

El tercer capítulo se destina al método. En él se plantean las preguntas de investigación, se especifican los objetivos y se describen los procedimientos e instrumentos utilizados.

En el capítulo cuatro se describen las características sociodemográficas de las cuatro parejas informantes y del grupo de 105 hombres que participaron en la segunda fase de la investigación. También se transcriben las entrevistas realizadas.

En el capítulo cinco se discuten los resultados. La primera fase del estudio muestra que las parejas que enfrentan el cáncer de mama como un equipo, tienen mayores probabilidades de superar las dificultades y continuar juntos. La segunda fase del estudio permitió conocer las representaciones que sobre el cáncer de mama tiene un grupo de hombres.

# CAPITULO 1. EL CÁNCER DE MAMA

## 1.1 Aspectos médicos

De manera normal, las células crecen y se dividen para formar nuevas células a medida que el cuerpo las necesita. Cuando las células envejecen o se dañan, mueren y son reemplazadas por células nuevas. Sin embargo, a veces este proceso se descontrola y las células no mueren cuando deberían morir o se forman células nuevas cuando el cuerpo no las necesita. Entonces se acumulan y forman un tumor. Los tumores pueden ser benignos o malignos. Un tumor maligno o canceroso puede poner en peligro la vida, invadir órganos y tejidos cercanos, diseminarse a otras partes del cuerpo por los vasos sanguíneos o linfáticos y, aunque generalmente son extirpables, algunas veces vuelven a crecer (*National Cancer Institute*, 2013).

### 1.1.1 Definición

El diccionario de la Real Academia Española (2013), define al cáncer como: *“Enfermedad neoplásica con transformación de las células, que proliferan de manera anormal e incontrolada”*.

Asimismo, Rubiano (2010) explica que el cáncer es:

*...una enfermedad crónica producida por causas ambientales y genéticas... toma entre 8 y 10 años para llegar a medir un centímetro ( $10^9$  células). Desde el punto de vista matemático es un proceso probabilístico... lo que significa que no basta tener las alteraciones genéticas o los factores ambientales, sino que tienen que ocurrir en confluencia condicionada y posiblemente en cascada en la que cada uno de los pasos depende del anterior” (p. 15).*

El término cáncer agrupa a más de cien enfermedades neoplásicas, ya que cada tejido puede dar origen a uno o varios tumores malignos. Un tumor maligno es un grupo de células neoplásicas que puede desarrollarse e invadir tejido circundante o expandirse en forma de metástasis hacia áreas remotas del cuerpo (*American Cancer Society*, 2009). En referencia a ello Mohar (2003), explica: “*En la actualidad decir cáncer es como decir infección; el cáncer representa múltiples enfermedades. Por ello, las causas del cáncer son múltiples e incluyen defectos genéticos, factores ambientales, factores relacionados con la forma de vida y agentes biológicos, químicos o virales*” (p. 106).

Las células cancerosas se caracterizan por la pérdida de los mecanismos normales de control de la división celular. Esta anomalía se transmite de cada célula a sus descendientes. Por ello se dice que el cáncer es una enfermedad que involucra siempre al material genético (Lisker, 2003; Kuri, Vargas, López & Rizo, 2003). Asimismo, Kuri et al. (2003), afirman: “*...La transformación maligna de las células se relaciona con la alteración de la estructura por mutaciones o arreglos genéticos y requiere dos o más mutaciones para transformar la célula normal en una cancerosa...*” (p. 237).

El cáncer de mama es un padecimiento que afecta a mujeres y hombres de forma asimétrica, ya que de cada cien pacientes, noventa y nueve son mujeres y uno es hombre (Tinoco, 2012).

Entre las mujeres latinas el cáncer más comúnmente diagnosticado es el de mama y la Sociedad Americana del Cáncer (2011), señala es que más de un 70% de los cánceres son diagnosticados, en América Latina, cuando la enfermedad ya es incurable (Rodríguez & Costas, 2013). De acuerdo con Knaul et al. (2009), la mayoría de los casos se autodetecta y sólo 10% de todos los casos se identifica en etapa I.

### 1.1.2 Anatomía de la mama

La mama está formada por 15 o 20 secciones llamadas lóbulos. Cada lóbulo está integrado por lobulillos y cada lobulillo contiene grupos de glándulas que pueden producir leche. Después del nacimiento del bebé, la leche fluye desde los lobulillos al pezón por unos tubos delgados llamados conductos. El espacio entre los lobulillos y los conductos está lleno de grasa y de tejido fibroso (*National Cancer Institute, 2013*). En la Fig. 1 se puede observar la anatomía de la mama.

La fisiología de la mama está determinada por la acción de hormonas. Los estrógenos producen la elongación y dispersión de los conductos, mientras que la progesterona se requiere para el desarrollo y maduración de los lóbulos mamarios. El sitio donde más frecuentemente se presenta el cáncer mamario es en la unión de los ductos con los lóbulos (López, 2003).

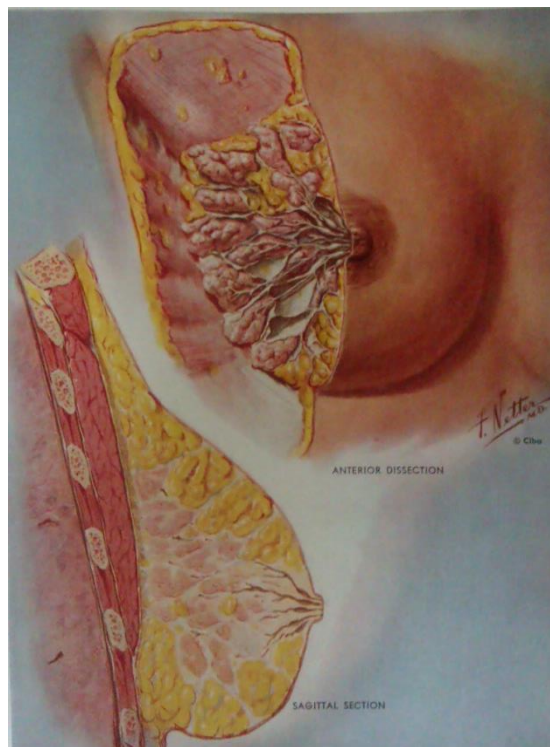


Figura 1. *Vista frontal y sagital de la mama* (Tomado de Netter, 2003)

### 1.1.3 Tipos y estadios del cáncer de mama

De acuerdo con el *National Cancer Institute* (2013), los tipos de cáncer de seno más comunes son el ductal y el lobular. El primero se inicia en las células que revisten los conductos y lo padecen casi 7 de cada 10 mujeres con cáncer de seno. El carcinoma lobulillar se inicia en los lobulillos y afecta a casi 1 de cada 10 mujeres con cáncer de seno.

Otras mujeres tienen una mezcla de ambos tipos o un tipo menos común como el cáncer inflamatorio de seno. El cáncer de mama recidivante es aquel que regresa después del tratamiento, pudiendo retornar en la mama, en la pared pectoral o en otras partes del cuerpo.

El estadio o etapa del cáncer de mama depende del tamaño del tumor y si el cáncer se ha diseminado o no a los ganglios linfáticos o a otras partes del cuerpo. Para describir las etapas se utilizan los números romanos 0, I, II, III y IV y las letras A, B y C. El estadio, por lo general, no se conoce sino hasta después de la cirugía para extirpar el tumor y uno o más ganglios linfáticos axilares (*National Cancer Institute*, 2013).

- **Estadio 0.** Se trata de un carcinoma *in situ*, es decir, las células anormales no han invadido el tejido cercano ni se han diseminado.
- **Estadio IA.** El tumor no mide más de 2 centímetros. El cáncer no se ha diseminado a los ganglios linfáticos.
- **Estadio IB.** El tumor no mide más de 2 centímetros. Se encuentran células cancerosas en los ganglios linfáticos.
- **Estadio IIA.** El tumor no mide más de 2 centímetros y el cáncer se ha diseminado a los ganglios linfáticos de la axila, o bien, el tumor mide de 2 a 5 centímetros, pero el cáncer no se ha diseminado a los ganglios linfáticos de la axila.

- **Estadio IIB.** El tumor mide de 2 a 5 centímetros y el cáncer se ha diseminado a los ganglios linfáticos de la axila. O bien, el tumor tiene más de 5 centímetros, pero el cáncer no se ha diseminado a los ganglios linfáticos de la axila.
- **Estadio IIIA.** El tumor no mide más de 5 centímetros y el cáncer se ha diseminado a los ganglios linfáticos de la axila conectados con tejidos del alrededor. O, el cáncer puede haberse diseminado a los ganglios linfáticos detrás del esternón. O, el tumor mide más de 5 centímetros y el cáncer se ha diseminado a los ganglios linfáticos bajo el brazo que pueden estar conectados unos con otros o con tejidos cercanos. O, el cáncer puede haberse diseminado a los ganglios linfáticos detrás del esternón, pero no se ha diseminado a los ganglios linfáticos de la axila.
- **Estadio IIIB.** El tumor puede tener cualquier tamaño, y ha crecido dentro de la pared del tórax o de la piel del seno. El seno puede estar hinchado o la piel puede tener bultos. El cáncer puede haberse diseminado a los ganglios linfáticos bajo el brazo, y esos ganglios pueden estar conectados unos con otros o con tejido cercano. O, el cáncer puede haberse diseminado a los ganglios linfáticos detrás del esternón.
- **Estadio IIIC.** El tumor puede tener cualquier tamaño y se ha diseminado a los ganglios linfáticos detrás del esternón y bajo el brazo. O, el cáncer se ha diseminado a los ganglios linfáticos arriba o abajo de la clavícula.
- **Estadio IV.** El tumor puede tener cualquier tamaño, y las células cancerosas se han diseminado a los pulmones, al hígado, a los huesos o al cerebro.
- **Cáncer inflamatorio.** Es un tipo poco común de cáncer de seno. Los senos se ven rojos e hinchados porque las células cancerosas bloquean los vasos linfáticos en la piel del seno. Cuando un médico diagnostica un cáncer inflamatorio de seno, se trata por lo menos de estadio IIIB, pero podría ser más avanzado.

#### 1.1.4 Factores de riesgo

De acuerdo con Mohar (2003), es complicado determinar la causa de un tumor maligno, tanto desde el punto de vista clínico como inmunológico. Para afirmar que una sustancia, virus, etc., provoca el desarrollo de una neoplasia maligna se requiere contar con hallazgos clínicos apoyados por estudios epidemiológicos consistentes que encuentren resultados positivos en ausencia de resultados negativos. Asimismo, debe existir prueba experimental en animales de laboratorio, cultivos de células y ensayos *in vitro* que confirmen dicha asociación. No obstante, se han encontrado asociaciones entre algunos factores, llamados de riesgo, y el cáncer tales como el consumo de tabaco y las costumbres alimenticias.

El cáncer de mama también se ve influido por la acción hormonal, aunque no se conoce con exactitud el tipo de equilibrio hormonal que podría favorecer el crecimiento o la inhibición de las células cancerosas (Kuri, et al., 2003). De acuerdo con Mohar (2003), un 45% de riesgo de padecer cáncer de mama se puede atribuir al estilo de vida. Por lo que respecta al componente genético, está establecido el papel que los genes BRC1 y BRC2 tienen en su causalidad, aunque menos del 10% de los casos son atribuibles a este factor (López, 2003).

El *National Cancer Institute* (2013) y la Sociedad Americana del Cáncer (2011), señalan que los factores de riesgo para el cáncer de mama son:

- ser mujer,
- tener antecedente familiar o personal de cáncer mamario,
- un primer embarazo a término después de los 35 años,
- una menarquía antes de los 12 años,
- menopausia después de los 50 años,
- enfermedad fibrocística mamaria severa,
- cáncer cérvicouterino,
- ser caucásica y
- haber consumido estrógenos de manera prolongada.



Crespo y Rivera (2012), señalan como factores de riesgo probable: la ingesta de alcohol, una dieta alta en grasas y la obesidad. Por su parte, López, (2003) señala que el incremento en los niveles de estrógenos endógenos y la nuliparidad son dos factores que juntos explican hasta un 30% de esta neoplasia maligna.

En una investigación con mujeres mexicanas se observó que el riesgo de cáncer de mama se incrementa proporcionalmente con la edad al primer parto y es aún mayor en mujeres nulíparas, comparadas con aquellas que tuvieron su primer hijo antes de los 20 años. Este efecto es similar al analizar el número de hijos.

De acuerdo con el Instituto Nacional de Salud Pública INSP (1995), *“sólo en el 25% de los casos de cáncer de mama se pueden identificar los probables factores causales”*, lo que justifica profundizar y ampliar líneas de investigación para determinar y evaluar probables factores de riesgo. Una de ellas, en México, es la probable asociación entre cáncer mamario y exposición a plaguicidas organoclorados, que se acumulan en tejido adiposo, por lo que su cuantificación es un indicador del grado de exposición sufrido a lo largo de la vida. Estudios recientes demuestran que las mujeres mexicanas presentan niveles de plaguicidas acumulados en tejido adiposo similares a los encontrados en Estados Unidos hace 25 años. Aunque en México el uso del DDT está restringido a las campañas sanitarias, anualmente se producen y utilizan dos mil toneladas, aproximadamente.

En los últimos 20 años se ha estudiado la contribución de las sustancias químicas que han mostrado tener actividad similar a los estrógenos y con capacidad de estimular el tejido glandular de la mama. Los hidrocarburos aromáticos policíclicos, como el DDT, tienen una amplia distribución, persistencia en el ambiente por largos periodos, la capacidad de bioacumularse en los alimentos y en el tejido adiposo de humanos y animales, así como de provocar mutaciones en el ADN, deprimir la respuesta inmune y ejercer un efecto estrogénico en el tejido mamario. En algunas de las investigaciones se ha demostrado que los hidrocarburos guardan una estrecha relación con el cáncer de mama, aunque en otras no se ha podido sustentar esta relación (De Celis, Morgan, Bravo & Feria, 2006).

El hecho de que, por diversos motivos, las mujeres retrasan la maternidad y la edad promedio de ocurrencia es a los 35 años ha aumentado la incidencia de cáncer de mama durante el embarazo. De acuerdo con Vargas-Hernández et al. (2013), el cáncer de mama y embarazo es aquel que se diagnostica durante la gestación o en el primer año posterior al alumbramiento. Su frecuencia se ha incrementado, por lo que *“es vital... un cuidadoso autoexamen mamario, y exploración clínica... a todas las mujeres embarazadas... ya que los cambios hormonales... provocan que las mamas aumenten de tamaño, se hagan más sensibles y presenten protuberancias, que dificultan la detección...”* (p. 110).

De acuerdo con Ramírez-Torres, Asbun-Bojalil, y Hernández-Valencia (2013), la asociación de cáncer de mama y embarazo no es común y se diagnostica tardíamente porque no se piensa que se presente en la mujer joven durante el embarazo. Sin embargo, al coincidir con la edad materna tardía se convierte en uno de los tumores malignos más frecuentemente asociados al embarazo.

La mujer con cáncer de mama durante el embarazo a menudo se diagnóstica en etapa II y III, lo que incrementa 2.5 veces la probabilidad de metástasis y muerte. Cuando el diagnóstico de cáncer se hace durante el embarazo, el riesgo de morir es significativamente mayor frente al grupo de mujeres que nunca habían estado embarazadas. La terminación del embarazo no se aconseja y es posible usar la quimioterapia satisfactoriamente (Ramírez-Torres et al. 2013).

Existe controversia respecto a si el embarazo puede ser un factor predisponente para el desarrollo agresivo del cáncer o sólo es coincidencia. Varios estudios concluyen que las mujeres portadoras de la mutación del BRCA1 y BRCA2 son más propensas a desarrollar cáncer de mama antes de los 40 años de edad y durante el embarazo, comparadas con las portadoras nulíparas. Asimismo, las pacientes con historia familiar de cáncer de mama tienen tres veces más posibilidad de tener cáncer de mama durante el embarazo (Ramírez-Torres et al. 2013).

El cáncer de mama afecta a muchas mujeres durante su etapa reproductiva, por lo que Knaul, Bustreo, Ha y Langer (2009), proponen vincular las intervenciones relacionadas con la salud materno-infantil y reproductiva con la prevención del cáncer mamario en países en desarrollo, como una oportunidad para concientizar a las mujeres y llevar a cabo el examen clínico de mama, lo que permitiría reducir la proporción de casos identificados en fases tardías.

De manera contrastante, en México existen datos de reducción de riesgo de cáncer de mama al aumentar la historia de alimentación al seno materno, tanto en mujeres pre como postmenopáusicas (López 2003).

### **Pronóstico y prevención**

De acuerdo con González y Lemes (2011), se observa un incremento en la supervivencia del cáncer de mama gracias a los programas de tamizaje, los avances en los tratamientos y al conocimiento de factores pronóstico. Dichos factores son: el diagnóstico precoz, la etapa clínica, el tamaño del tumor, el estado ganglionar, el grado histológico y la conducta terapéutica.

Se ha difundido que el cáncer es una enfermedad prevenible y curable si se detecta y trata tempranamente. De acuerdo con Rubiano (2010), hay dos clases de prevención aplicables:

- **Primaria.** Consiste en evitar o controlar los factores de riesgo identificados.
- **Secundaria o detección temprana.** Consiste en atender el cáncer en etapas tempranas, cuando éste se detecta por métodos de tamizaje, tales como la mastografía, lo que ha demostrado su efectividad en la curación de la enfermedad.

A pesar de los avances recientes en la detección precoz y el tratamiento del cáncer de mama, una de cada diez mujeres lo presentará durante su vida. Esto lo hace el tumor maligno más frecuente en las mujeres (Flores, 1994; Cruzado, 2002).

### 1.1.5 Diagnóstico y tratamiento

De acuerdo con López et al. (2009), en México un 90% de las pacientes reconocieron por sí mismas la presencia del algún síntoma o signo de cáncer de mama, lo que las llevó a la búsqueda de atención médica y, en la mayor parte de los casos, correspondieron a estadios avanzados del tumor.

La mastografía es la prueba de mayor validez para el diagnóstico de lesiones preclínicas en el cáncer de mama. Otra prueba importante es el examen clínico; aunque su sensibilidad y especificidad depende de la pericia y experiencia del médico. Sin embargo, y aun cuando no se ha demostrado que la autoexploración rutinaria reduzca la mortalidad por cáncer, el autoexamen de mama es un método fundamental de diagnóstico precoz del cáncer mamario ya que más de 80% de los nódulos de mama son descubiertos por la propia mujer o su pareja. Además, los tumores detectados por este método suelen ser de menor tamaño, asociarse con un mejor pronóstico y ser más fácilmente tratables mediante cirugía conservadora (Sardiñas, 2009).

- **Técnica de autoexploración.** A partir de los 20 años las mujeres deben revisar sus senos entre el quinto y séptimo día, posterior a su menstruación; las mujeres postmenopáusicas deben realizarlo un día específico de cada mes. La técnica consiste en examinar frente a un espejo, con los brazos extendidos sobre los costados y posteriormente con los brazos levantados sobre la cabeza, el aspecto externo de los senos en cuanto a tamaño y posición, simetría, cambios en la textura de la piel tales como pliegues, huecos o eczemas alrededor del pezón; desviación o retracción del pezón así como salida de secreciones. Posteriormente, se palpa cada seno con la mano contralateral para descubrir posibles bultos anormales, preferentemente en decúbito. Con la yema de los dedos y una presión moderada se inicia la exploración siguiendo la dirección de las manecillas del reloj o en forma de zigzag, buscando nódulos pequeños. La palpación deberá profundizarse hasta la región axilar de cada lado. Asimismo, se debe realizar presión en el pezón para observar cualquier tipo de secreción.

Si la mujer encuentra cambios debe hablar de inmediato con el médico (Sardiñas, 2009).

Todas las mujeres deberían examinar sus pechos una vez al mes, en torno a la mitad del ciclo. Sin embargo, factores psicológicos, tales como el miedo, evitan que algunas mujeres realicen la autoexploración de mamas o, en el caso de que descubran algún “bulto”, no acudan al médico de inmediato. Esto resulta lamentable, porque cuanto antes se descubra y se trate el cáncer de mama, mayores son las posibilidades de recuperación (Shibley, 1995).

Los resultados de la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva (ENSAR, 2003) sobre la práctica de revisión y examen clínico de los senos en cerca de 20 000 mujeres de 15 a 49 años, residentes en áreas rurales y urbanas del país, muestra que el 74% de las mujeres revisa sus mamas y el 37.4% acude al personal de salud para la revisión clínica. Asimismo, se observó un incremento de esta práctica conforme aumentó la edad, la escolaridad y el nivel socioeconómico de las entrevistadas. Dicha revisión fue mayor en las residentes de áreas urbanas respecto de las residentes de áreas rurales. Las mujeres que no revisan sus senos no consideran que sea una práctica importante o no saben cómo realizarla (López, Suárez & Torres, 2009).

El médico informará tanto al paciente como a su pareja y familiares más cercanos acerca del diagnóstico, las características clínicas del cáncer, el pronóstico y las alternativas terapéuticas, así como los efectos colaterales de las mismas; mientras que los aspectos psicológicos han de ser comunicados por el psicólogo (Olivares, 2006).

En la actualidad el tratamiento más común para el cáncer de mama consiste en cirugía y un ganglio centinela complementados con radioterapia y quimioterapia u hormonoterapia. El ganglio centinela es una técnica que consiste en identificar con elementos radiactivos, azul de metileno o con ambos, el primer ganglio donde drena el tumor. Si el ganglio es negativo no se justifica realizar el vaciamiento axilar y si es positivo se recomienda la linfadenectomía axilar (Rubiano, 2010).

Holland y Sheldon (2003), explican que:

*“...cualquier tratamiento para el cáncer de mama es un asalto a la feminidad: la cirugía extirpa una parte o todo el pecho; la quimioterapia puede provocar la caída del cabello y una menopausia prematura, con sofocos, cambios de humor, irritabilidad y problemas sexuales, incluyendo ausencia de deseo y sequedad vaginal;...”* (Holland y Sheldon, 2003 p.172).

## **Cirugía**

- **Cirugía conservadora del seno.** Es una operación para extirpar el cáncer y algo de tejido normal de su alrededor. Puede ser una lumpectomía, es decir, la extirpación del tumor y una pequeña cantidad del tejido sano que rodea el tumor. También se puede realizar una mastectomía parcial en la que se extirpa la parte de la mama que tiene cáncer y parte del tejido normal que la rodea. También se puede extirpar el revestimiento de los músculos que cubren el pecho justo debajo del cáncer y algunos de los ganglios linfáticos debajo del brazo. Generalmente, la mujer recibe radioterapia después de la cirugía conservadora del seno para destruir las células cancerosas que pueden haber quedado (*National Cancer Institute, 2013*). Esta opción no mejora la supervivencia, pero sí aumenta la tasa de conservación de senos (Rubiano, 2010).
- **Mastectomía.** En la mastectomía conservadora de piel el cirujano extirpa la menor cantidad posible de piel. En la mastectomía total o simple, el cirujano extirpa todo el seno pero no extirpa los ganglios linfáticos de la axila. En la mastectomía radical modificada, el cirujano extirpa todo el seno y la mayoría de los ganglios linfáticos de la axila o todos ellos. Con frecuencia, se extirpa el revestimiento que está sobre los músculos del pecho. Es posible que se quite también un pequeño músculo del pecho para facilitar que se extirpen los ganglios linfáticos (*National Cancer Institute, 2013*). En el caso de la mastectomía conservadora de piel y en la

mastectomía radical modificada se recomienda la reconstrucción inmediata del seno (Rubiano, 2010).

La elección entre la cirugía conservadora del seno y la mastectomía depende de muchos factores tales como el tamaño, lugar y estadio del tumor, el tamaño del seno, ciertas características del cáncer y si la paciente puede recibir sesiones diarias de radioterapia, entre otros (*National Cancer Institute, 2013*).

### **Quimioterapia**

La oncología moderna considera el cáncer como una enfermedad sistémica con manifestaciones locales, por ello la quimioterapia es parte fundamental del tratamiento (Rubiano, 2010). La quimioterapia es el uso de fármacos para destruir las células cancerosas. Puede administrarse a mujeres con cáncer de seno en estadios I, II, III o IV, antes o después de la cirugía. Se puede recibir en la clínica, en el consultorio del médico o en casa. Generalmente, se trata de un procedimiento ambulatorio. Al mismo tiempo que la quimioterapia destruye células cancerosas, también puede dañar las células normales que se dividen con rapidez, tales como las células de la sangre, de las raíces del pelo y las que revisten el tubo digestivo (*National Cancer Institute, 2013*).

De acuerdo con Rubiano (2010), las tecnologías actuales tales como los perfiles genéticos y la proteómica permiten precisar mejor los pacientes que van a responder o no a determinados esquemas de quimioterapia, reemplazando los esquemas basados en el estadio clínico y las variables histopatológicas por anticuerpos monoclonales, que actúan selectivamente, no matando la célula sino bloqueando los procesos de transformación maligna, inhibiendo los factores de crecimiento vascular o epidérmico y evitando toxicidades y costos innecesarios.

## **Radioterapia**

La terapia de radiación usa rayos de alta energía para eliminar las células cancerosas. Puede usarse después de la cirugía para destruir cualquier célula cancerígena que pudiera quedar en la zona del pecho. Las mujeres generalmente reciben radioterapia después de la cirugía conservadora de seno, pero a veces se usa también después de la mastectomía. Se aplica de dos maneras: externa e interna (*National Cancer Institute, 2013*). De acuerdo con Rubiano (2010 p. 226), “*En algunos países ya se está dando la radioterapia intraoperatoria en el mismo acto quirúrgico, lo cual permite un tratamiento en un solo tiempo ahorrándole al paciente 30 o 45 días de tratamiento...*”.

## **Terapia hormonal**

En el caso de que las células cancerosas tengan receptores de hormonas, la terapia hormonal impide que obtengan el estrógeno y la progesterona que necesitan para crecer. En las mujeres premenopáusicas las opciones son: tamoxifeno, fármaco que bloquea la actividad del estrógeno en el cuerpo; cirugía para extirpar los ovarios o agonista LH-RH, fármaco que reduce la cantidad de estrógeno producido por los ovarios. En las mujeres postmenopáusicas se usa tamoxifeno o un inhibidor de aromatasa que impide que el cuerpo produzca estrógeno (*National Cancer Institute, 2013*).

## **Síntomas asociados al tratamiento**

De acuerdo con Garduño et al. (2010), los tratamientos contra el cáncer de mama tales como la radiación, quimioterapia o cirugía ocasionan reacciones extremadamente molestas: náusea, vómito, ptialismo, mareos, aturdimiento, dificultad para digerir, cambios molestos en la temperatura de la piel y taquicardia. La quimioterapia, además, produce pérdida del cabello, disminución del apetito, amoratamiento de uñas, diarrea, úlceras en la boca y conjuntivitis; altera el sentido del gusto y produce hiperosmia. La radioterapia se ha asociado con leucemias



secundarias, tumores sólidos, problemas de piel, cefalea, diarrea, somnolencia, fiebre y pérdida del apetito. Otra afección frecuente es el linfoma, acumulación de linfa que provoca aumento progresivo del volumen del brazo con posible infección y síntomas como dolor, pirosis y enrojecimiento.

### **Supervivencia al cáncer de mama**

Los factores pronóstico de la supervivencia de cáncer de mama son: estadio al diagnóstico, que incluye la afectación de ganglios axilares y presencia de metástasis, el grado histológico, así como la mejora en los tratamientos adyuvantes a la cirugía. De acuerdo con Ocón et al. (2010), en Europa la supervivencia global a los 5 años del diagnóstico fue del 76,1% entre los años 1983-1994, pero ascendió al 82,2% para el periodo 1994-2003. Para Estados Unidos la supervivencia media es del 81% a los 5 años.

### **1.2 El cáncer de mama en México**

Las transformaciones sociales, económicas, demográficas y ambientales que se han vivido en México durante los últimos 50 años, tales como el proceso de urbanización, la disminución de la fecundidad, el aumento de la esperanza de vida con el consiguiente envejecimiento de la población, los cambios en el estilo de vida y el mejoramiento en el acceso a los servicios de salud, explican la disminución de las enfermedades infecciosas y el aumento progresivo de las enfermedades crónico-degenerativas, entre las que destaca el cáncer. Las enfermedades crónico-degenerativas son actualmente las principales causas de muerte y lo serán en el futuro (Kuri et al., 2003).

De acuerdo con la Secretaría de Salud (2013), el proceso de envejecimiento de la población mexicana, así como la adopción de estilos de vida poco saludables y de riesgo han ocasionado *“el creciente predominio de las enfermedades crónicas no transmisibles, tales como la diabetes mellitus, las enfermedades cardiovasculares,*

los tumores malignos y las relacionadas con lesiones de causa externa” (p. 5). Asimismo señala que el Estado enfrenta:

*...tres factores que inciden negativamente en su capacidad para dar plena vigencia al derecho a la protección de la salud que establece el Artículo Cuarto de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Primero, el modelo de atención con que operan las instituciones del sector salud ha estado enfocado hacia lo curativo y no a la prevención... Segundo, no han podido implementarse... políticas en salud con un enfoque multidisciplinario, interinstitucionales y perfectamente articuladas en todos los órdenes de gobierno.... Tercero, la rectoría y el arreglo financiero y organizacional vigentes, donde prevalecen la desigualdad en los beneficios y la participación de instituciones verticalmente integradas y fragmentadas, atentan contra un México Incluyente, impide una atención continua e integrada de las personas a lo largo del ciclo de vida y limitan la capacidad operativa y la eficiencia del gasto en salud (p.6).*

### **1.2.1 Epidemiología del cáncer de mama en México**

Enrique Bargalló Rocha, Jefe del Departamento de Tumores Mamarios del Instituto Nacional de Cancerología (INCan), afirma que en México no hay una cifra oficial confiable de cáncer de mama, debido a que existe un registro relativamente débil. Sin embargo, se calcula que se diagnostican entre 15 y 18 mil nuevos casos por año, lo cual implica unos 5 mil decesos anuales (Gómez, 2011 en Tinoco 2012).

En el informe *Cáncer en las Américas: Perfiles de país 2013*, de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el cáncer se mantiene como la segunda causa de muerte en América. Por lo que se refiere a las mujeres, en 22 países de América, México entre ellos, el cáncer de mama es la causa principal de muerte.

El principal reto de los países de América Latina es desarrollar programas integrales de atención del cáncer de mama, adecuadamente estructurados y con los recursos apropiados, ya que si bien una detección y un diagnóstico temprano aportan significativamente a la reducción de la mortalidad, se requiere también de la garantía de acceso a tratamiento oportuno y de calidad (González et al., 2010).

En la Fig. 2 se puede apreciar el perfil de mortalidad por cáncer en México. En 2010 el 10% de los fallecimientos de varones fueron ocasionados por cáncer de próstata, el 13% por cáncer de pulmón y el 9% por cáncer de estómago. En cambio, entre las mujeres las causas principales de muerte fueron el cáncer de mama y el cérvicouterino. El cáncer de mama ocasionó el 14% de los decesos en mujeres, es decir, por esta causa perdieron la vida 4,966 mujeres en nuestro país (OPS, 2013).

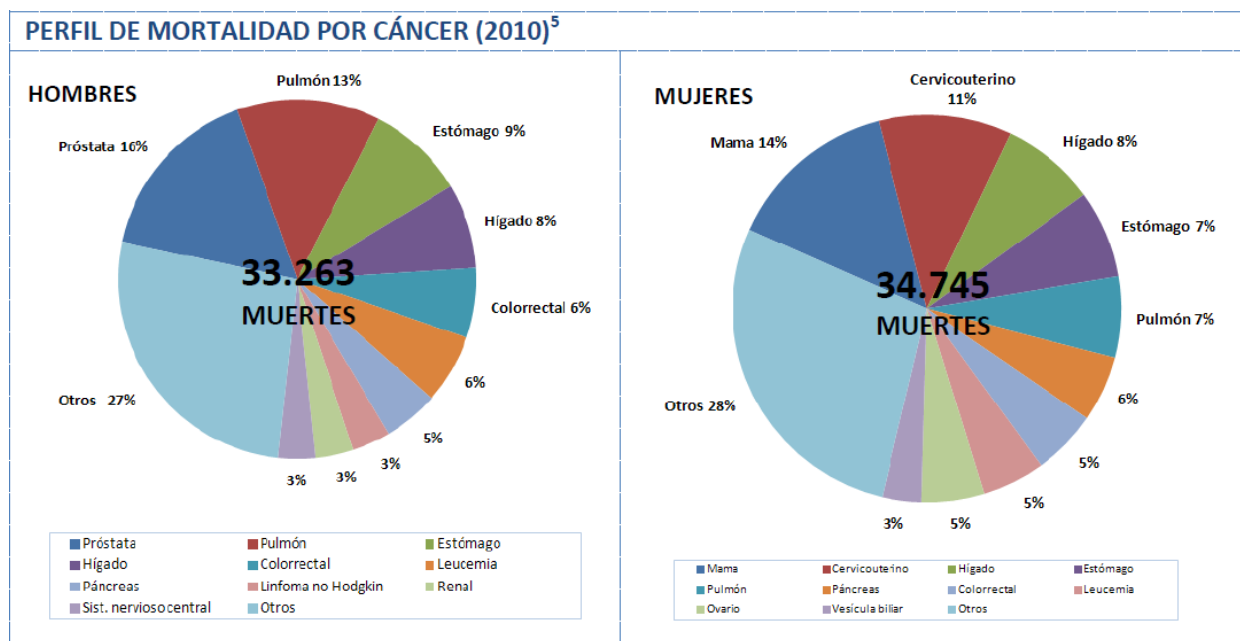


Figura 2. Perfil de mortalidad por cáncer en México (OPS, 2013, p. 39)

La mortalidad por cáncer de mama en las mujeres mexicanas de 25 años de edad o más se ha incrementado de manera paulatina pero sostenida desde 1980, al pasar de 1199 defunciones a 4893 en 2009, superando desde 2006 incluso las

causadas por cáncer cérvicouterino (de la Vara et al., 2011). Esta tendencia se puede observar en la Fig. 3.

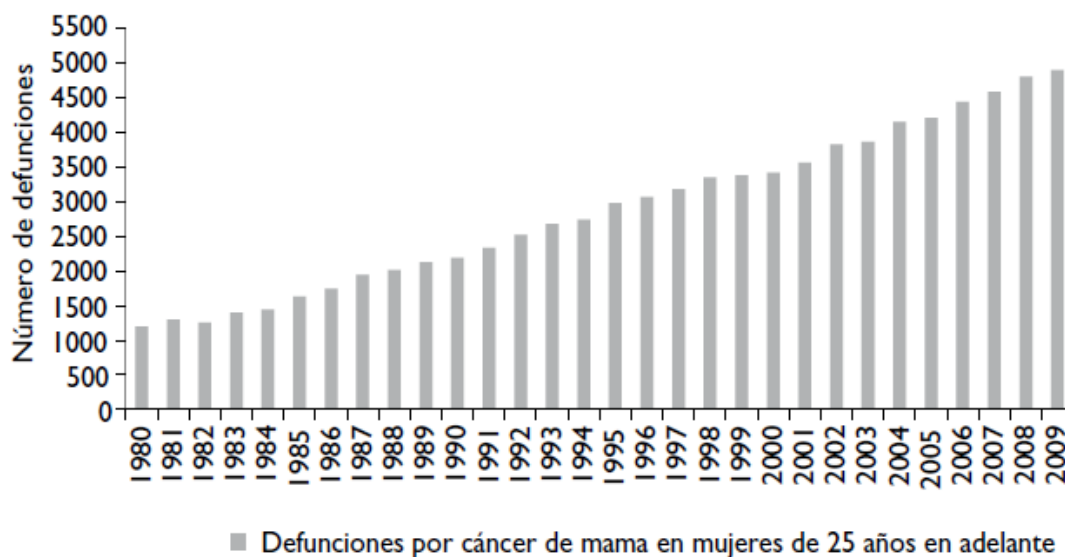


Figura 3. Número de defunciones por cáncer de mama en México, 1980-2009 (de la Vara et al., 2011, p. 387)

De acuerdo con Kuri et al. (2003), a partir de los 25 años aumenta el riesgo de padecer cáncer de mama y se incrementa con la edad (ver Tabla 1).

Tabla 1  
Mortalidad por tumor maligno de mama, según grupo de edad en mujeres, México 2001 (Kuri et al. 2003)

Grupo de edad	Mujeres	Tasa
15 - 24	7	0.1
25 - 34	144	1.6
35 - 44	620	9.6
45 - 64	1634	24.4
65 y más	1130	42.8
Se ignora	1	0.0
<b>Total</b>	<b>3545</b>	<b>14.4</b>

Aun cuando la incidencia del cáncer de mama es tres veces menor en México que la informada en países desarrollados “...*si se considera la tendencia ascendente y el envejecimiento de la población mexicana, se puede proyectar que la carga de la enfermedad en México será similar a la observada hoy día en Norteamérica en 12 años*” (Martínez-Montañez, Uribe-Zúñiga & Hernández-Ávila, 2009, p. 351).

De acuerdo con Knaul et al. (2009), en el año 2006 el cáncer de mama se había convertido en la segunda causa de muerte más común en México entre las mujeres de 30 a 54 años y la tercera más frecuente entre el grupo de 30 a 59 años (después de la diabetes y las cardiopatías) y “*se estima un incremento cercano a 16 500 nuevos casos anuales para 2020*”. En la Fig. 4 se muestra la proyección 2008-2020.

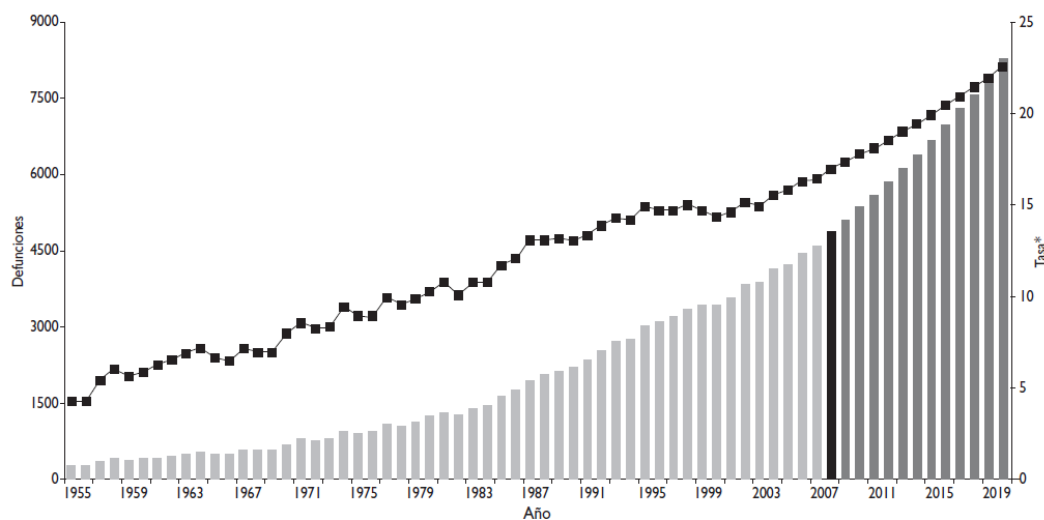
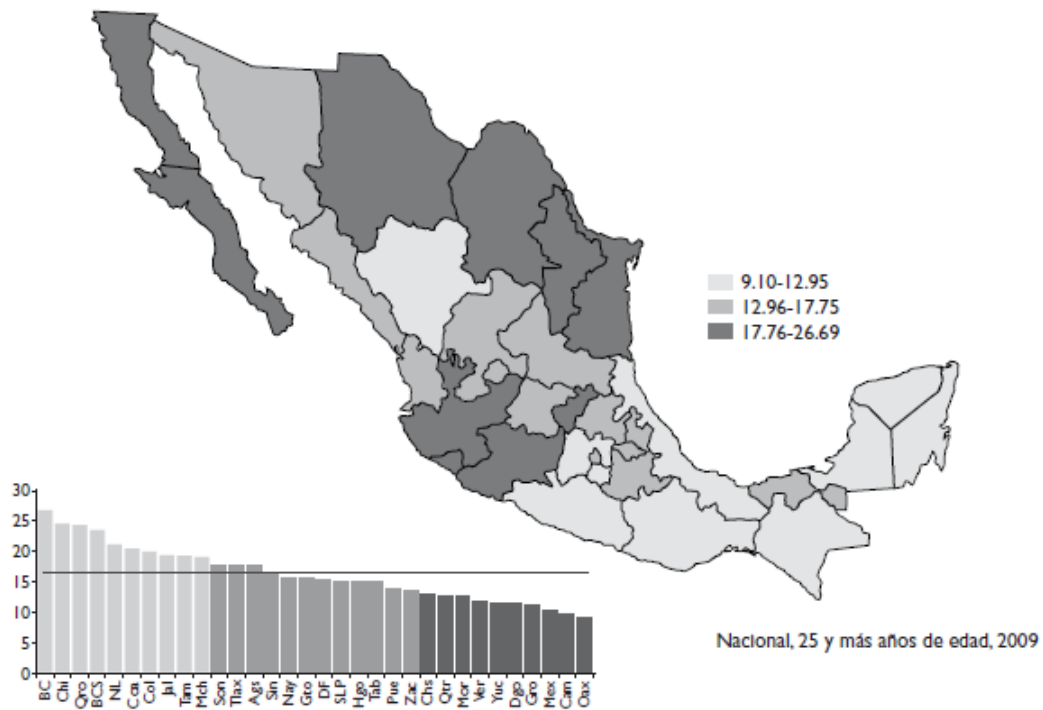


Figura 4. *Tendencia de la mortalidad y número de casos por cáncer de mama en México, 1955-2007 y proyección 2008-2020* (Martínez-Montañez et al., 2009, p. 351)

De acuerdo con de la Vara, Suárez, Ángeles, Torres y Lazcano (2011), la tendencia de mortalidad por cáncer de mama ha sido ascendente en México durante el periodo de 1980 a 2009, y su distribución regional exhibe diferencias norte-sur con una distribución heterogénea en la que los estados del norte mantienen las tasas más elevadas. Dicha “...*tendencia ascendente generalizada*”

de la mortalidad por cáncer de mama podría deberse,...a las carencias de infraestructura para el tamizaje y tratamiento, dando como resultado las dificultades en cuanto a detección y manejo oportuno de esta neoplasia en México” (p. 392).

Debido a la heterogeneidad del entorno sociocultural y económico de las entidades y regiones, la distribución de esta neoplasia en México no es uniforme, ya que en los estados del norte la población tiene ingresos económicos más elevados y se consume una dieta que favorece el sobrepeso y la obesidad (ver Fig. 5). De acuerdo con las estadísticas de mortalidad por cáncer de mama en 2002, ésta fue más elevada en los estados que se ubican al norte del país, así como en Jalisco y el Distrito Federal (de la Vara et al., 2011).



Tasa por 100 000 mujeres de 25 años en adelante  
Fuente: Cálculos propios con base en las proyecciones de población de CONAPO, 1980-2030 y en la Base de datos de defunciones, 1979-2009, SINAIS  
Mapa elaborado por el equipo de trabajo de la Subdirección de Geografía Médica y Sistemas del Centro de Información para Decisiones en Salud Pública

Figura 5. Tasas de mortalidad estandarizadas por cáncer de mama, por entidad federativa, 2009 (de la Vara et al., 2011, p.391)

En el estudio realizado en el Noroeste de México a 397 mujeres con cáncer de mama, acerca de la recurrencia de la enfermedad, definida como la presencia de un nuevo tumor local o distante después de un año del tratamiento inicial, se encontró que el cáncer de mama diagnosticado en etapa III, la expresión positiva a receptores de estrógenos y proteína HER2 y metástasis a ganglios axilares se asocia con mayor frecuencia de recurrencia y muerte. En un seguimiento a cinco años se observó el 23% de recurrencia y 77% de mortalidad en estos casos (Pérez-Michel, González-Lizárraga & Ornelas-Aguirre, 2009).

En 1980 los estados con mayor mortalidad por cáncer de mama fueron: Baja California, Baja California Sur, Sonora, Chihuahua, Coahuila, Nuevo León, Tamaulipas, Sinaloa, Aguascalientes, Jalisco, Colima y el Distrito Federal, con tasas de 9.5 a 20.2. Destaca Baja California con la tasa más alta de 20.2 muertes por cada 100, 000 mujeres (de la Vara et al., 2011).

Para 2009 las tasas de mortalidad por entidad se incrementaron y los estados con mayor mortalidad fueron: Baja California, Baja California Sur, Chihuahua, Coahuila, Nuevo León, Tamaulipas, Colima, Jalisco, Querétaro y Michoacán con tasas de 17.7 a 26.7. Nuevamente Baja California tuvo la tasa de mortalidad más alta con 26.7 muertes por cada 100 000 mujeres. En contraste, ese mismo año el estado de Oaxaca tuvo la tasa de mortalidad más baja: 9.1 muertes por cada 100 000 mujeres (de la Vara et al., 2011).

De acuerdo con Franco-Marina, Lazcano-Ponce y López-Carrillo (2009), las mujeres nacidas entre 1940 y 1955 muestran los mayores aumentos en la mortalidad, en comparación con las nacidas después de este período, debido a que las tasas de mortalidad están determinadas principalmente por efectos de cohorte y edad.

En el estudio realizado por Orozco et al. (2012), en el Centro Médico Nacional 20 de Noviembre del ISSSTE, sobre la prevalencia del cáncer de mama y ovario hereditario en la población mexicana, se observó que de 137 casos con cáncer de mama, 33.6% (46 mujeres) correspondieron a este tipo de cáncer. Se calculó la

prevalencia de 0.7 por cada 100,000 mujeres derechohabientes de la institución. Detectar la frecuencia y conocer el comportamiento epidemiológico en esta población del cáncer de mama y ovario hereditario permite sugerir a las pacientes que se realicen estudios genéticos para identificar los casos susceptibles de mutaciones de los genes BRCA1 y BRCA2 que se han relacionado con este padecimiento e implantar medidas diagnósticas y terapéuticas oportunas.

Orozco et al. (2012), también enfatizan la importancia de cambiar el estilo de vida de las pacientes con cáncer de mama y ovario hereditario, entre ellos:

- Mantener un peso ideal,
- Hacer ejercicio regularmente,
- Consumir alimentos que se ha demostrado disminuyen el cáncer de mama (brócoli, jitomate [licopeno], té verde, vitamina D).
- Tomar ácido fólico y vitaminas B6 y B12 se ha relacionado con la participación de purinas y timidilato como coenzimas para la síntesis de ADN.
- Consumir seis o más tazas de café al día reduce significativamente el riesgo de cáncer de mama en portadoras de la mutación en el gen BRCA1; el café también modifica el radio de circulación de metabolitos de estrógenos en una dirección favorable.
- La ingestión de selenio (nuez de Brasil) normaliza los rompimientos cromosómicos de las pacientes portadoras de la mutación en el gen BRCA1.

Finalmente, en el estudio realizado por Franco-Marina et al. (2006), acerca de las “*muertes evitables*” en México de 2000 a 2004, encontraron que el 83% de las defunciones por cáncer de mama se pudieron evitar con la tecnología disponible para el diagnóstico temprano (mamografía y exploración clínica), los tratamientos (resección, radioterapia y quimioterapia) y la atención médica oportuna y de calidad. Este índice alcanza 75% en el Distrito Federal.



### **1.2.2 Acciones gubernamentales y participación de ONGs**

El reto que México enfrenta es “*conjuntar esfuerzos e implementar programas para educar a la población en el autocuidado de la salud, así como promover estilos de vida saludables, además de mejorar la infraestructura diagnóstica para lograr una detección a tiempo y garantizar un tratamiento adecuado*” (de la Vara et al. 2011, 392).

De acuerdo con Orozco, Cano, Gorráez, Chima y Saavedra (2012), dado que en México el cáncer de mama se ha convertido en un problema de salud pública que ocupa el primer lugar de fallecimientos en mujeres mayores de 25 años, deben aplicarse las medidas recomendadas por la Iniciativa Mundial de Salud de la Mama:

- La detección temprana incrementa las probabilidades de supervivencia y curación, y hacen posible un tratamiento más sencillo y económico.
- Es necesario implantar programas específicos en el país.
- El establecimiento de centros oncológicos puede ser una manera de proporcionar atención contra el cáncer de mama a cierto número de mujeres, cuando no sea posible dar esa misma atención a las mujeres de todo el país.
- Es indispensable recopilar información sobre el cáncer de mama para elegir la mejor forma de aplicar los recursos y cuantificar los avances.

De acuerdo con Knaul et al. (2009), la Secretaría de Salud, a través de la Norma Oficial Mexicana, estableció criterios más rigurosos para vigilar los servicios de salud en la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia del cáncer de mama. Para promover la detección temprana, se hace énfasis en la autoexploración, el examen clínico y la mamografía. Se establece un examen clínico anual realizado por personal capacitado para todas las mujeres de 26 y más años que visitan un centro de salud. Se recomienda una mamografía anual o bianual para mujeres de 40 a 49 años con factores de riesgo específicos y una vez al año para todas las mujeres de 50 años y mayores. Sin embargo, no garantiza

los recursos ni la aplicación de las normas, por lo que la cobertura está muy lejos de ser la adecuada (ver Tabla 2).

Tabla 2

*Acciones gubernamentales para la detección temprana y diagnóstico oportuno del cáncer de mama en México, 2009.* (Modificado de González et al., 2010)

Norma regulación		Acciones contempladas
<b>Marco normativo para la atención del cáncer de mama</b>	Norma Oficial (NOM-041-SSA2-2002) para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Detección</li> <li>• Diagnóstico</li> <li>• Tratamiento</li> </ul> (No contempla seguimiento)
Programas / planes		Acciones para la detección
<b>Programas y planes para la detección temprana del cáncer de mama</b>	Programa de Acción 2007-2012 Cáncer de mama	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Autoexploración mamaria: se contempla la capacitación a las mujeres de 20 años de edad y más.</li> <li>• Exploración clínica de mama: se ofrece este servicio para mujeres de 25 y más años de edad, con una periodicidad anual.</li> <li>• Mastografía para la detección de acuerdo con la normatividad, focalizando en las mujeres de 50-69 años de edad y de 40 años cuando tienen antecedentes familiares.</li> </ul>
Guía / protocolo		Indicación de mamografía
<b>Protocolos y guías para la detección temprana del cáncer de mama</b>	Guía Técnica PREVENIMSS Mujeres de 20 a 59 años	Mamografía bianual a partir de los 50 y hasta los 69 años.

Para que la población acceda a una atención integral con calidad técnica e interpersonal, sin importar su sexo, edad, lugar de residencia o condición laboral, en el Programa Sectorial de Salud 2013-2018 se establece el objetivo: *2. Asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad*, en el que se incluye una estrategia para la atención de las neoplasias malignas, así como 9 líneas de acción, de las que se transcriben tres, relacionadas con el cáncer de mama (ver Tabla 3).

Tabla 3  
*Atención de las neoplasias malignas en el Programa Sectorial de Salud 2013-2018 (p. 62 y 63)*

Objetivo	Estrategia	Líneas de acción
<b>2. Asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad</b>	2.5 Mejorar el proceso para la detección y atención de neoplasias malignas, principalmente cáncer de cérvico-uterino, mama y próstata	2.5.3 Focalizar acciones de prevención y detección de cánceres, particularmente cérvico-uterino y de mama  2.5.4 Elaborar y difundir evaluaciones de desempeño de los programas de tamizaje de cáncer cérvico-uterino y de mama  2.5.7 Impulsar la atención oportuna de las neoplasias malignas

Asimismo, en el Programa Sectorial de Salud se establece que uno de los tres indicadores 2013-2018 será *“la tasa de mortalidad por cáncer de mama”* (p. 64).

Entre las estrategias transversales del Programa Sectorial de Salud 2013-2018, la de perspectiva de Género también considera entre sus líneas de acción:

- Desarrollar protocolos y códigos de conducta para que los prestadores de servicios atiendan a las mujeres sin discriminación o misoginia
- Fortalecer programas de detección oportuna de diabetes, cáncer de mama, cérvico-uterino, hipertensión y obesidad

- Garantizar un acceso oportuno y de calidad a la atención geriátrica de mujeres mayores (p.64).

Mohar, Bargalló, Ramírez, Lara, y Beltrán-Ortega (2009), señalan que el INCan, los Centros Estatales de Cáncer (CEC) y las Unidades de Oncología del Hospital Juárez y el Hospital General de México constituyen la red de atención médica a pacientes con cáncer de mama en nuestro país. Existen 23 CEC y están en construcción los de Zacatecas y Campeche. Los estados que no tienen CEC son: Querétaro, Hidalgo, Tlaxcala, Morelos, Quintana Roo y Baja California. Los servicios que prestan incluyen cirugía, quimioterapia y radioterapia, todos ellos acreditados por el Seguro Popular. Las cuotas de recuperación van desde \$27500.00 para la etapa cero hasta \$480000.00 en pacientes con enfermedad avanzada. El reembolso a la red por la atención médica proporcionada a este grupo de pacientes por parte del Fondo de Gastos Catastróficos fue de 525 millones de pesos.

De los 2 689 pacientes atendidos, sólo 1% se presentó con carcinoma *in situ*. Debido al diagnóstico tardío, los costos son altos, por lo que la detección oportuna es una prioridad para el óptimo control de esta enfermedad. Adicionalmente, debido al patrón epidémico que tiene el cáncer de mama en México, la velocidad en la formación de recursos humanos en oncología no es paralela a las tasas de incidencia de cáncer. Por ello, se requiere inversión no sólo en recursos humanos sino también en equipo médico, cuidado y mantenimiento, así como la generación de nuevos esquemas de financiamiento para tener acceso a nuevas terapias oncológicas, denominadas blancos moleculares (Mohar et al., 2009).

De acuerdo con Knaul et al. (2009), en México existe una falta de acceso a los servicios de salud, y en especial a la cobertura con mamografía de tamizaje, debido a una insuficiencia de unidades y personal capacitado, por ello se hace mucho énfasis en la autoexploración mamaria. Sin embargo, a pesar de que existe evidencia que sugiere que las mujeres con capacitación tienen mayor probabilidad de detectar una lesión, aún falta educación para las mujeres sobre salud de la

mama. Adicionalmente, el examen clínico no incluye en general la exploración de los senos y, cuando lo hace, con frecuencia no es un procedimiento sólido desde el punto de vista técnico.

El estudio realizado por Nigenda, Caballero y González-Robledo (2009), permitió identificar barreras de acceso a servicios diagnósticos para el cáncer de mama en el entrenamiento de médicos generales y ginecólogos de primer contacto. Los testimonios indican que el médico restó importancia al abultamiento identificado por la mujer o detectado en el examen regular. Asimismo, evidencian carencias de formación, capacitación y actualización, así como escasa sensibilidad de los médicos, lo que provoca diagnósticos tardíos y posibles negligencias médicas.

Como Tinoco (2011) menciona, *“la enfermedad generalmente está relacionada con el dolor y el sufrimiento...”* (p. 21). Puesto que el dolor no puede pasar desapercibido, cuando alguien está enfermo y siente dolor casi de inmediato las personas que lo rodean se involucran en la búsqueda de atención para mitigarlo o curarlo. Dolor, sufrimiento y cáncer están estrechamente vinculados.

El sufrimiento que ocasiona el cáncer motiva a la construcción de redes de apoyo en torno de pacientes y familiares. Las redes se construyen de manera paulatina; al principio los integrantes de la familia se constituyen en redes de parentesco de apoyo para las pacientes. A ellas se suman las amistades, compañeros de trabajo, vecinos y otras personas con el mismo padecimiento, conforme la paciente y sus familiares lo requieren. Es decir, se da paso a la construcción de redes sociales de apoyo (Tinoco, 2011).

De acuerdo con Maza-Fernández y Vecchi-Martini (2009), en la Secretaría de Salud existe el registro de, al menos, 76 organizaciones relacionadas con el cáncer en la República Mexicana. Entre ellas, las asociaciones de cáncer de mama realizan una destacada labor con sus programas asistenciales, campañas para generar mayor conciencia social sobre este problema de salud pública y sobre los métodos de detección oportuna.

Aún cuando en 2006, el gobierno federal anunció la cobertura universal del cáncer de mama a través del Seguro Popular, *“los recursos dispuestos para educación, prevención, detección oportuna, tratamiento y cuidados paliativos en cáncer de mama son insuficientes”* (p. 330); los servicios no llegan a las mujeres en la mayor parte de las zonas rurales, los diagnósticos son todavía tardíos y los pronósticos desfavorables (Maza-Fernández & Vecchi-Martini, 2009).

Debido a que los sistemas de salud no han logrado avances considerables en cobertura de atención médica, por la falta de infraestructura, tecnología, equipo médico y medicamentos, las redes sociales de apoyo contra el cáncer adquieren una gran importancia. En los últimos 30 años han surgido *“grupos y asociaciones civiles para apoyar a enfermos de cáncer que no tienen acceso a los servicios de salud públicos ni pueden costear su atención en clínicas y hospitales privados”* (Tinoco, 2011, p. 137).

Entre las organizaciones más destacadas en la lucha contra el cáncer de mama en México se encuentran:

- Grupo de Recuperación Total Reto, A. C.
- Asociación Mexicana contra el Cáncer de Mama, A.C.
- Asociación Mexicana de Lucha contra el Cáncer AMLCC.
- Fundación Mexicana de Fomento Educativo para la Prevención y Detección Oportuna del Cáncer de Mama.
- Tómatelo a Pecho.

En la Tabla 4 se resumen los objetivos y programas de dichas organizaciones.

Tabla 4

*Principales organizaciones de la sociedad civil que colaboran en la lucha contra el cáncer de mama en México (adaptado de Maza-Fernández & Vecchi-Martini, 2009)*

Organización	Objetivo	Programas
<b>Grupo de Recuperación Total Reto, A.C.</b>	Promover la salud integral en el área del cáncer mamario.	<p>Programa de rehabilitación.</p> <p>Programa Educativo sobre Detección Oportuna de Cáncer de Mama.</p> <p>Programas de Ayuda Psicológica y Emocional al paciente.</p> <p>Programa de Cuidados Paliativos.</p> <p>Apoyo para Quimioterapias.</p> <p>Convenio con la UNAM para elaborar prótesis mamarias.</p>
<b>Asociación Mexicana contra el Cáncer de Mama, A.C.</b>	Difundir información actualizada que promueva la detección oportuna del cáncer de mama para reducir la mortalidad.	<p>Apoyo psicológico y emocional a las mujeres y familias afectadas.</p> <p>Pláticas sobre autoexploración mamaria y métodos de detección oportuna.</p> <p>Campañas educativas e informativas, tales como "Favor de Tocar".</p> <p>Testimonios de supervivientes en el cortometraje "Un día más".</p> <p>Programa de información en comunidades rurales.</p>
<b>Asociación Mexicana de Lucha contra el Cáncer "AMLCC"</b>	Colaborar en los programas preventivos contra el cáncer, equipar con tecnología de punta a hospitales e instituciones de la Secretaría de Salud y atender a pacientes de escasos recursos.	<p>Proyecto de recaudación de fondos.</p> <p>Gracias a las alianzas con Avon y otras ONGs, se han instalado equipos para la detección de cáncer de mama en toda la República Mexicana.</p> <p>Programa "Hoy por mis padres, mañana por mí", dirigido a niños y adolescentes sobre prevención y detección oportuna.</p>

(Continua..)

Continuación de Tabla 4

Organización	Objetivo	Programas
<b>Fundación Mexicana de Fomento Educativo para la Prevención y Detección Oportuna del Cáncer de Mama</b>	Hacer del cáncer mamario una enfermedad del pasado	Establece el primer instituto de enfermedades de la mama en América Latina.  Programa de mastografías para todas.  Convenio con el Instituto Nacional de Medicina Genómica (INMEGEN) para realizar los estudios genómicos del cáncer de mama en la población mexicana.
<b>Tómatelo a Pecho</b>	Es la primera iniciativa en México que aborda de manera integral el programa de cáncer de mama en México	Combate el problema en cuatro líneas de acción: <ul style="list-style-type: none"> <li>• información,</li> <li>• revisión sistematizada en políticas públicas,</li> <li>• análisis de prospectivas y</li> <li>• fortalecimiento de la comunidad educativa.</li> </ul> Investigación en colaboración con el INMEGEN y el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP).



## **CAPÍTULO 2. PSICOLOGÍA DEL CÁNCER DE MAMA**

El creciente interés en el estudio y aplicación de la psicología al cáncer de mama se debe a que el comportamiento influencia un gran número de cánceres, de tal forma que un 80% de ellos tiene una contribución ambiental que determina su aparición o curso. Hábitos como el tabaquismo y los patrones de alimentación y peso tienen una notable influencia en la aparición del cáncer, es por ello que el control de hábitos de riesgo y la adopción de estilos de vida saludable puede salvar más vidas que la quimioterapia. Puesto que la detección precoz del cáncer de mama determina la supervivencia, es fundamental conocer qué tipo de variables psicológicas y sociales diferencian a las mujeres que mantienen comportamientos adecuados de detección precoz de las que no lo hacen (Cruzado, 2002).

Aún cuando las pacientes de cáncer enfrentan la misma enfermedad, cada una la experimenta de manera diferente, de acuerdo al significado que le atribuya a la enfermedad, a la etapa de la vida en que se encuentre, a sus fortalezas emocionales, a su manera de resolver los problemas y a las redes de apoyo con las que cuente, entre otras (Tinoco, 2011).

Ante la diversidad de respuestas posibles, la Psicología contribuye en el campo de la Oncología estudiando la forma en que las variables psicológicas afectan la etiología y curso del cáncer, y desarrollando métodos de evaluación e intervención. Dentro del modelo multifactorial de enfermedad tienen cabida, actualmente, tanto los factores biomédicos como los psicológicos (Olivares, 2006).

### **2.1 Representaciones sociales y mitos sobre el cáncer de mama**

Con mujeres que no han padecido cáncer mamario Giraldo y Arango (2009), identificaron el predominio de la dimensión estética sobre la salud, mientras que

otras mujeres dan importancia a las mamas en función de la maternidad. Asimismo, encontraron que la práctica de la religión católica limita el autocuidado, al anteponer a la salud el deber de cumplir ciertas normas de comportamiento.

Por lo que se refiere al autoexamen, la mayoría de las entrevistadas conocen que sirve para la detección temprana del cáncer de mama, pero no saben cómo ni con qué regularidad se hace y expresan que no es un asunto que las preocupe. En cuanto al examen clínico, las mujeres mayores lo consideran innecesario si no tienen relaciones sexuales. Otras, creen que el examen de mama debe hacerse sólo durante la menopausia. Asimismo, consideran necesaria la preparación emocional para superar la vergüenza a la palpación médica y sienten miedo a que se les confirme el cáncer. La creencia de que la prevención sólo se hace a través del examen clínico regular las lleva a ignorar la mamografía como una medida necesaria para la detección del cáncer, lo que obstaculiza el autocuidado como elemento clave de la prevención. Resulta paradójico que muchas mujeres buscarían apoyo en familiares y amistades, así como en terapias alternativas, antes de consultar al sistema de salud. Las representaciones sociales identificadas no favorecen la prevención y el autocuidado, aspectos sobre los que hace falta más educación (Giraldo & Arango, 2009).

De acuerdo con Holland y Sheldon (2003), en torno al cáncer se han desarrollado mitos y creencias que aumentan el miedo y añaden una enorme carga emocional a los pacientes, ya que pueden llegar al extremo de culpar a la persona por tener cáncer. Algunos de ellos son:

- Usted quería tener cáncer.
- Usted tuvo una infancia difícil y eso causó su cáncer.
- Su actitud negativa hace que el tumor crezca más rápido.
- Es inaceptable sentirse triste, asustado, acongojado o furioso.
- Las emociones pueden hacer que el tamaño del tumor aumente.
- Si no controla las emociones perderá la batalla contra el cáncer.
- Hay que mantener una actitud positiva, en todo momento.

Hace algunas décadas, el cáncer se consideraba un estigma para el paciente y su familia. *“Muchos pacientes se sentían culpables por llevar la vergüenza del cáncer a su familia”*. Era tan grande el temor hacia esa enfermedad que en los Estados Unidos, durante los años 50s y 60s, incluso se evitaba pronunciar su nombre, en su lugar se le llamaba la “Gran C”. Debido a la baja tasa de supervivencia, el médico consideraba cruel enterar al paciente del diagnóstico de cáncer, ya que equivalía a una sentencia de muerte, aunque sí se informaba a la familia. A partir de los años 70s, esta tendencia ha cambiado, dando paso al reconocimiento de los derechos de los pacientes; la sociedad americana *“prestó una mayor atención (y dio estatuto legal) a la cuestión de informar a los pacientes del diagnóstico y de las opciones de tratamiento, permitiéndole realizar una elección del tratamiento a partir de una correcta información* (Holland & Sheldon, 2003, p. 31).

Afortunadamente, a medida que existe más información científica acerca de las causas del cáncer y que es posible curar distintos tipos de cáncer, los mitos y creencias asumidas durante largo tiempo pierden fuerza y vigencia (Holland & Sheldon, 2003).

## **2.2 Reacciones emocionales ante el cáncer de mama**

Muchas de las personas que padecen cáncer describen *“...un abanico de emociones: pesadumbre, miedo, tristeza, rabia, que a ratos pueden ser muy intensas. Todas ellas son normales y constituyen el tipo de respuesta que uno puede esperar que se produzca ante una situación de grave crisis”* (p. 37). Sin embargo, a veces son tan intensas que interfieren con la capacidad del paciente para enfrentar la enfermedad y seguir adelante con su vida, por lo que es importante considerar si se requiere de ayuda psicológica (Holland & Sheldon, 2003).

De acuerdo con Holland y Sheldon (2003), uno de los aspectos de los que se ocupa la investigación psicológica tiene que ver con lo que el cáncer supone para los pacientes y sus familias; otro se ocupa de la forma en que las emociones y los

comportamientos pueden influir en el riesgo de contraer cáncer. *“Sabemos que la personalidad afecta el estilo de vida y los hábitos que uno tiene, que pueden incrementar o reducir el riesgo de desarrollar cáncer. ... Otro factor de alto riesgo es la demora en acudir al médico cuando se tiene algún síntoma”* (p. 57).

El cáncer de mama tiene un gran impacto emocional en las pacientes, que se evidencia con miedo, angustia y dolor al pensar en la muerte, la familia y sus proyectos (Vargas y Pulido, 2012). También Cruzado (2002), encontró que el cáncer de mama está unido al temor a la muerte, a depender de la familia y personal médico, a los cambios corporales físicos o funcionales, a la incapacidad para lograr sus objetivos, a la ruptura de sus relaciones sociales, así como a las molestias derivadas de la enfermedad y del tratamiento médico.

Diversos estudios demuestran que las mujeres con cáncer de mama experimentan depresión y altos niveles de ansiedad, reacciones desadaptativas, inhibición afectiva, y en general, altos niveles de estrés psicológico e ira. De la misma manera, las pacientes sometidas a quimioterapia sufren reacciones emocionales, tales como aumento de los niveles de ansiedad y depresión (Mera & Ortiz, 2012).

Cuando una persona descubre un síntoma o alguna señal, tal como un bulto en el pecho, empieza la preocupación por el cáncer. Ese momento previo a la consulta con el médico a menudo transforma la vida de la persona, que pasa de estar bien a sufrir una gran ansiedad y una enorme incertidumbre respecto al futuro. *“Esta omnipresente sensación de incertidumbre es la que probablemente caracteriza, mejor que ninguna otra, la experiencia del cáncer”* (Holland & Sheldon, 2003, p. 74).

### **El diagnóstico y su impacto emocional**

El diagnóstico de cáncer de mama se puede definir como un estado de crisis con implicaciones a nivel personal y estructural en el sistema familiar. La paciente vive un estado temporal de trastorno y desorganización, caracterizado por la

incapacidad de resolver los problemas, por la incertidumbre, el miedo a la muerte, así como limitaciones para realizar las actividades cotidianas. También es una crisis para su familia, ya que implica una reorganización del sistema, re-asignar roles y el impacto emocional de saber que un ser amado se encuentra enfermo (Rodríguez & Costas, 2013).

Holland y Sheldon (2003), describen un patrón general de respuesta ante el diagnóstico de cáncer que se asemeja mucho al proceso de duelo por la pérdida de un ser querido, consta de tres fases: negación e incredulidad, confusión y reajuste.

- *Negación e incredulidad.* La persona dice “*esto no puede estar pasándome*”. La incredulidad es tal vez un mecanismo protector de la psique para proporcionar un lapso de tiempo que permita a la persona asimilar la información.
- *Confusión.* El paciente empieza a enfrentarse a la realidad: es cáncer. Sigue un periodo de desasosiego, un miedo que es muy difícil de controlar y la preocupación por el diagnóstico y sus implicaciones. Hay un sentimiento de impotencia y de desesperanza que se alternan con un sentimiento de calma difusa. El sueño puede volverse irregular, así como el apetito. No se puede concentrar en el trabajo y las actividades rutinarias. Esta etapa puede durar entre una y dos semanas y por lo general termina cuando se empieza el tratamiento y se recupera un sentimiento de esperanza.
- *Reajuste.* La tercera fase de reajuste al diagnóstico tiene lugar cuando comienza el tratamiento, saber que se está haciendo algo para enfrentarse directamente a la enfermedad permite a los pacientes desplegar las estrategias desarrolladas a lo largo de su experiencia vital para manejar las adversidades y aplicar dichas estrategias en su lucha contra el cáncer, para volver a la vida normal.

El diagnóstico de cáncer de mama constituye un impacto psíquico capaz de desestructurar el equilibrio anímico y afectivo de la mujer. La mama, además de

estar íntimamente unida a la reproducción sexual y a la integridad corporal, constituye el símbolo de la “*femineidad*”, por eso, cualquier cirugía parcial o radical constituye un atentado contra la estructura psíquica de la mujer y provoca ansiedad, depresión y desesperanza; todo ello repercute en su integridad física, en su resistencia inmunológica y en su capacidad de supervivencia (Flores, 1994).

## **Estrés**

De acuerdo con Reich y Remor (2010), el cáncer de mama es un estresor crónico que genera diversas limitaciones a nivel psicológico y físico, que podrían desbordar los recursos de afrontamiento de las pacientes y sus familias. Garduño et al. (2010), explica que las pacientes refieren como causas del estrés intenso: la náusea provocada por la quimioterapia, el dolor e incomodidad de los estados post-quirúrgicos, la adaptación al ambiente hospitalario, situaciones médicas o familiares estresantes, el tiempo en el transporte público o privado al hospital, entre otros.

El modelo teórico desarrollado por Dohrenwend y Dohrenwend (1981) ayuda a explicar como el diagnóstico de cáncer genera una reacción de estrés, transitoria o permanente, derivada de la hospitalización, intervención quirúrgica, confirmación diagnóstica y quimioterapia, entre otros, que puede convertirse en una oportunidad de desarrollo personal, superarse sin ningún cambio o resultar patológica, dependiendo de los mediadores psicológicos y situacionales con que cuente el paciente (ver Fig. 6). Dicho modelo también permite analizar la problemática desde la persona, el grupo o la comunidad, así como intervenciones en crisis y paliativas (Olivares, 2006).

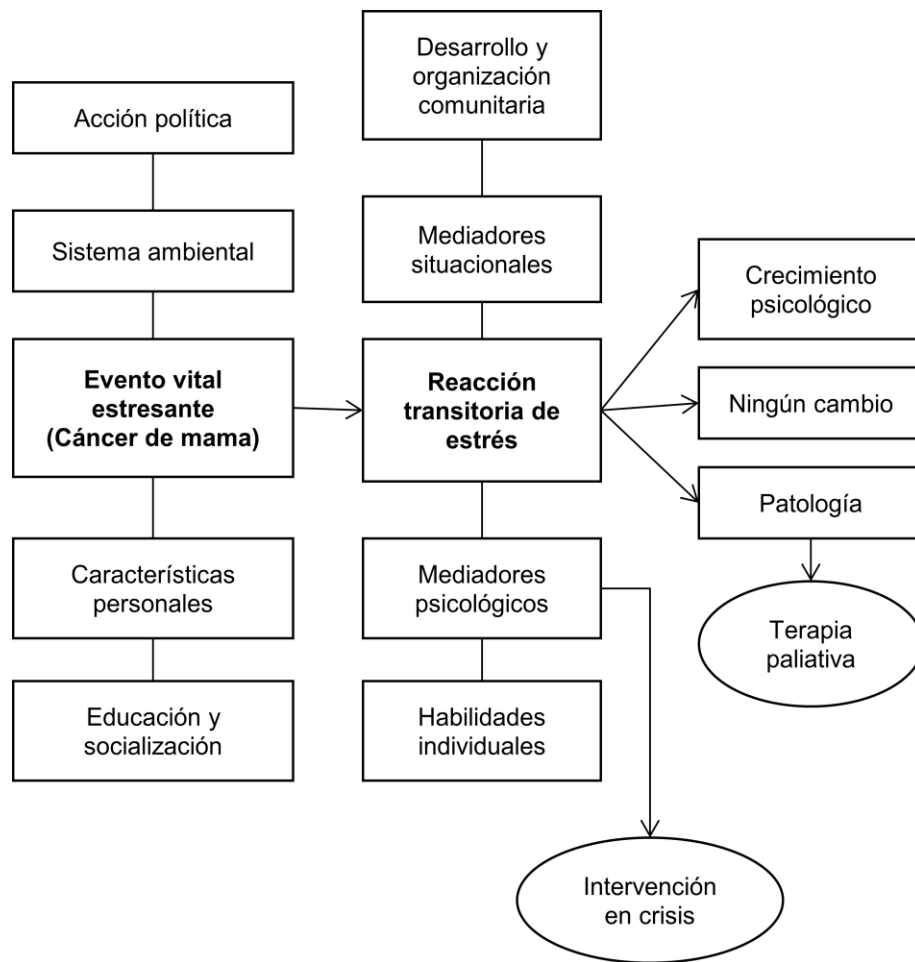


Figura 6. Modelo teórico desarrollado por Dohrenwend y Dohrenwend. (Olivares, 2006, pág. 140)

De acuerdo con da Silva y Antonio (2010), algunas mujeres que tienen de 1 a 5 años después del diagnóstico identificaron diversos factores estresantes: físicos, emocionales, familiares y por la pérdida del estilo de vida. Entre las secuelas físicas, se encuentran la pérdida de la mama, las limitaciones ocasionadas por el linfoma y la extracción de los ganglios axilares, así como las quemaduras ocasionadas por la radioterapia. En cuanto al sufrimiento mental refieren preocupación por la recidiva del cáncer, ansiedad por los exámenes de rutina y sus resultados, temor por la vivencia del estado terminal, por depender de otros y no poder cuidar de los hijos; culpa por estar enferma e interferir en la organización de los familiares; así como temor ante la posibilidad de que sus hijas sufran cáncer de mama. En el ámbito familiar y social las estresa la muerte por cáncer de

personas conocidas, el contacto con personas enfermas, la actitud y comentarios de quienes creen que el cáncer es incurable o contagioso, familiares que se desestructuraron a tal grado que las pacientes tuvieron que mostrarse fuertes, para minimizar sus preocupaciones. Finalmente, la limitación física a consecuencia del tratamiento es incompatible con el ejercicio de la antigua función, por lo que las pacientes refieren: el deterioro del estilo de vida, dificultades financieras e incomodidad por no contribuir y sobrecargar económicamente a la familia.

### **Ansiedad y depresión**

Los resultados de algunas investigaciones apoyan la tesis de que tanto el estrés como la depresión, o ambos, pueden incidir en el riesgo de morbilidad y mortalidad del cáncer de mama. También la desesperanza o la incapacidad para expresar las emociones pueden actuar como “*precursores*” del cáncer (Flores, 1994).

Algunas pacientes de cáncer de mama se ven a sí mismas como ineficaces, poco importantes, carentes de significado e incluso indignas de ser amadas; luchan no sólo contra la depresión, sino contra el dolor y los efectos adversos del tratamiento (Flores, 1994).

La hospitalización es un evento vital estresante para la mayoría de las pacientes. Debido a que sus recursos de afrontamiento de estrés están reducidos por la enfermedad, el tener que instalarse en un ambiente poco alentador, habituarse a una total falta de intimidad, depender del personal hospitalario, perder, aunque sea de manera temporal, sus roles habituales y la separación del marco socio-familiar provocan altas tasas de ansiedad en los ellos (Olivares, 2006).

En el estudio realizado por Ornelas, Tufiño y Sánchez (2011), encontraron que la prevalencia de ansiedad y depresión fue de 27 y 28% respectivamente, en las mujeres con cáncer de mama sometidas a radioterapia. Significativamente, las pacientes deprimidas presentaron más efectos secundarios que las no deprimidas,



tales como resequedad en la boca, irritación en la piel y dolor en la zona radiada. La prevalencia de ansiedad y depresión encontrada indica la importancia de proporcionar apoyo psicológico a las pacientes.

### **2.3 Estilos de afrontamiento y adaptación**

La calidad de vida, el bienestar mental y social, así como la adherencia a los tratamientos médicos y la respuesta a dichas intervenciones dependerá de la forma en que las pacientes afronten los procesos de detección, diagnóstico, tratamientos y curso de la enfermedad (Cruzado, 2002). De acuerdo con Ocampo et al. (2011) el estilo de afrontamiento es una variable predictora de la calidad de vida en las pacientes. Así, quienes utilizan el análisis lógico, resolución de problemas, aceptación y resignación como estrategias de afrontamiento mostraron mayores puntajes en calidad de vida.

Para Mera y Ortiz (2012), la calidad de vida de las mujeres con cáncer de mama tiene relación con el optimismo y las estrategias de afrontamiento. Una mejor calidad de vida se asoció con un mayor optimismo y con la utilización de estrategias de afrontamiento activo. Dado que un estilo de explicación optimista aleja de las pacientes los sentimientos de culpa por estar enfermas y el miedo, el optimismo además de favorecer la adaptación a la enfermedad, actúa como un factor protector, disminuyendo la vulnerabilidad frente a otro tipo de enfermedades de carácter emocional y físico asociadas al cáncer. Por otra parte, enfrentar los estresores mediante la búsqueda activa de apoyo social y/o mediante la reestructuración cognitiva, se asoció a una buena calidad de vida. En cambio, el enfrentar los estresores recurriendo a la autocrítica y/o a la retirada social aislándose de familiares y amigos, se asoció a una baja calidad de vida.

De acuerdo con Reich y Remor (2010), el mejor ajuste a la enfermedad se asocia con estrategias de afrontamiento centradas en el problema, tales como: aceptación, reconceptualización positiva y búsqueda de apoyo social. En cambio,

el peor ajuste al cáncer de mama se correlaciona con estrategias de afrontamiento por evitación y negación.

Se han identificado dos estilos de afrontamiento en los pacientes de cáncer: unos buscan mayor información acerca de su enfermedad, mientras que otros la evitan. La intensidad con que se aproximen o eviten la información hace que difieran en cuanto a la percepción de riesgo, expectativas, autoeficacia, emociones, pensamientos intrusivos y adherencia terapéutica. Así, los aproximadores se adhieren más a las recomendaciones médicas, pero pueden requerir mayor apoyo emocional. En cambio, los evitadores pueden experimentar menor ansiedad, pero tendrán una peor adherencia al tratamiento. En general, los pacientes muestran una mejor adaptación cuando reciben la información acorde con su estilo de afrontamiento (Olivares, 2006).

A continuación se presentan algunas estrategias desarrolladas para afrontar el cáncer mamario (Knaul, 2009).

- Apreciar a la familia y compartir el proceso de vivir con cáncer.
- Redescubrir la esencia de la relación de pareja y disfrutar momentos juntos.
- Apreciar y vivir el presente.
- Mantener actividades de rutina para dar un sentido de normalidad a la vida diaria.
- Hacer ejercicio como forma de controlar la náusea, el temor, la depresión, la ira y el aumento de peso asociado al tratamiento.
- Cuidar la imagen corporal, en sintonía con una vida con cáncer; no esconderse ni permitir ser discriminada en el trabajo o ambientes públicos.
- Participar en la toma de decisiones sobre el tratamiento médico, para lo cual se requiere entender la enfermedad y el tratamiento mismo;
- Trabajar las pérdidas, especialmente las relacionadas con la identidad de mujer, tales como la pérdida del seno, la falta de sensibilidad, la menopausia prematura y el hecho de envejecer el equivalente a 10 o 15 años en unos pocos meses.

- Celebrar la persona actual, encontrar nuevos proyectos y gustos.

En el caso de Felicia Knaul, generar el programa “*Cáncer de mama: Tómatelo a Pecho*”, en apoyo de otras mujeres con el mismo padecimiento, le permitió dar un nuevo sentido a su experiencia con el cáncer de mama.

De la misma manera, Holland y Sheldon (2003, p. 119) proponen una guía de sentido común que permita a las personas enfrentarse al cáncer. A continuación se presentan las principales ideas:

- No crea que cáncer es sinónimo de muerte.
- No se culpe de haberse causado el cáncer.
- Confíe en la manera de enfrentar los problemas que le ha sido útil en el pasado para resolverlos y para manejar situaciones de crisis.
- Enfrentese al cáncer “un día después de otro”.
- No se sienta culpable si no puede mantener una actitud positiva durante todo el tiempo, sobre todo cuando no se siente bien.
- No sufra en silencio. Utilice los grupos de apoyo y autoayuda si lo requiere.
- No se sienta mal por tener que buscar ayuda profesional para combatir la ansiedad o la depresión que afectan a su sueño, su alimentación, su capacidad para concentrarse o para funcionar con normalidad.
- Utilice cualquier método que le ayude a controlar sus miedos o sus sentimientos de inquietud, tales como la relajación, la meditación o los enfoques espirituales.
- Busque a un médico que resuelva todas sus dudas y con el que exista respeto y confianza mutuos.
- No mantenga en secreto sus preocupaciones o síntomas físicos o psicológicos a la persona que le es más cercana. Pida a esa persona que la acompañe a las visitas con el médico cuando se discuten las opciones de tratamiento.

- Reexplora sus prácticas y creencias espirituales y religiosas. Estas creencias pueden reconfortarle e incluso ayudarle a encontrar sentido a la experiencia de su enfermedad.
- No abandone el tratamiento convencional que recibe a favor de un tratamiento alternativo o complementario. Utilice los tratamientos alternativos que no son perjudiciales y que pueden utilizarse de manera segura junto con el tratamiento convencional, siempre informando a su médico.
- Lleve un cuaderno de notas con todas las fechas de los tratamientos, resultados de laboratorio, informes de radiografías, síntomas y situación general.

La espiritualidad o religiosidad es otra forma común de enfrentarse al cáncer, tanto en Estados Unidos como en Europa. Es evidente que la espiritualidad juega un papel importante en la adaptación a la enfermedad, especialmente el uso de estrategias de afrontamiento religioso negativo. Aunque hay algunas pruebas de que el afrontamiento religioso está más ligado al funcionamiento psicosocial que al físico en los pacientes con cáncer, se ha encontrado que el afrontamiento religioso negativo está asociado significativamente con niveles más altos de dolor y fatiga. Sin embargo, la relación entre afrontamiento religioso y adaptación al cáncer es compleja, por lo que se requieren de un mayor número de estudios. También hay la necesidad de desarrollar y probar intervenciones espirituales para adaptarlas a las etapas y tipos de cáncer, a los grupos étnicos, afiliaciones religiosas y al ambiente en el cual se implementarán (Thuné-Boyle, 2012).

### **Proceso de adaptación al cáncer de mama**

La paciente de cáncer de mama ha de afrontar grandes desafíos. Su adaptación dependerá del grado clínico de patología, los efectos de los tratamientos (cirugía, quimioterapia, radioterapia, etc.), la información con la que cuente, el apoyo social y los recursos ambientales, sus competencias para enfrentar el estrés, su

vulnerabilidad previa y la disponibilidad de tratamiento psicológico. En la Fig. 7 se exponen los principales desafíos que una paciente ha de enfrentar en su lucha contra el cáncer (Cruzado, 2002).

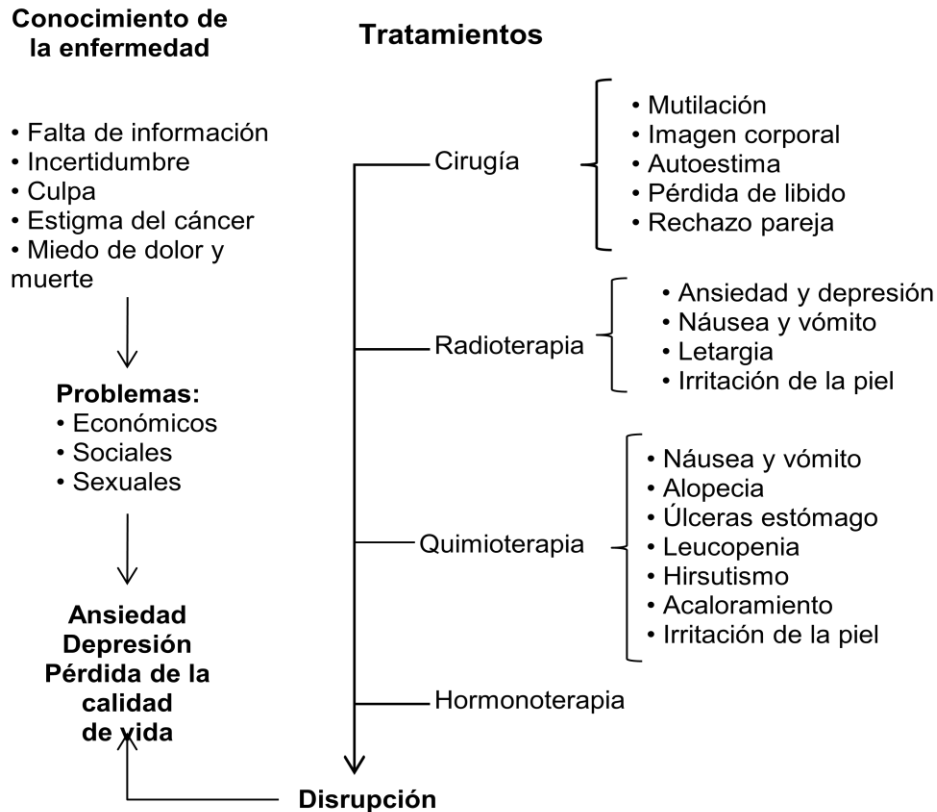


Figura 7. *Problemas psicosociales en pacientes con cáncer.* (En Cruzado, 2002, p. 288)

### **Etapas de la adaptación al cáncer de mama**

De acuerdo con Londoño (2009), el proceso de adaptación al cáncer de mama consta de cuatro etapas:

1. *Descubriendo la enfermedad.* Esta etapa inicia cuando la mujer descubre algún signo de la enfermedad y acude al médico, hasta el diagnóstico de cáncer, lo que ocasiona un fuerte desequilibrio emocional.
2. *Aceptando la enfermedad.* Implica la aceptación de la enfermedad como resultado del trabajo de fortalecimiento emocional, utilizando sus recursos internos, apoyo espiritual y social.

3. *Venciendo la enfermedad.* Esta etapa involucra tratamientos agresivos y mutilantes que producen desequilibrios de todo tipo. Las pacientes emprenden una lucha, caracterizada por un trabajo de fortalecimiento integral cuyas condiciones son el apego a la vida y la mentalidad positiva. Para lograrlo utilizan tres estrategias: el cuidado corporal riguroso, el mantenimiento de la autoimagen, y evitar situaciones que las afectan.
4. *Adaptándome a un nuevo cuerpo y a una nueva vida.* Finalmente, esta etapa coincide con la culminación de los tratamientos oncológicos. Las mujeres se dan cuenta que su vida y su cuerpo son diferentes y realizan una serie de aprendizajes para adaptarse a estas nuevas condiciones. Algunas aceptan la prótesis, mientras otras requieren la reconstrucción quirúrgica.

De acuerdo con Biffi y Mamede (2010), cuando un miembro de la familia padece cáncer de mama, la dinámica familiar se altera y la participación y el ajuste de los familiares a la nueva condición ocurre de manera diferenciada entre los sexos. En el proceso de adaptación coexiste una rígida división de roles entre sus miembros y, muchas veces, le cabe al género femenino la mayor carga de responsabilidad en la manutención de la armonía familiar. Después del cáncer de mama los familiares de sexo masculino y femenino utilizan una comunicación clara en la búsqueda del equilibrio familiar y sus interacciones se caracterizan por sentimientos de mutualidad e individuación. Las hijas asumen la responsabilidad de la manutención y el cuidado de la familia, modificando sus rutinas para asegurar el bienestar de sus madres y de la familia, mientras que los elementos del sexo masculino muestran mayor desorganización emocional.

## **2.4 Imagen corporal**

La imagen corporal es la representación mental del cuerpo; se forma durante la niñez y adolescencia y resulta trascendental para el desarrollo psicosocial de la persona ya que constituye una parte muy importante de la autoestima. La imagen

corporal está influenciada por factores históricos, culturales, sociales, individuales y biológicos. Asimismo, incluye aspectos de percepción, cognitivos, afectivos y conductuales (Banfield & McCabe, 2002 en Rosario, 2009).

Díaz (2010), destaca que la representación que cada sujeto tiene de su cuerpo es única e incide en cómo vive la experiencia de la enfermedad. Así, el seno representa –social o subjetivamente- la feminidad, la maternidad y la sexualidad, y se inscribe psíquicamente como representante del ser madre, mujer, amada, deseada. Es por eso que el cáncer de mama afecta no sólo la dimensión biológica de la mujer, sino también su representación del cuerpo y su vínculo con el otro, lo que modifica de forma importante su relación con su propio cuerpo, con el otro y con la sexualidad. Un efecto secundario de la quimioterapia, la caída del cabello, es un ejemplo concreto de cómo para las pacientes es más importante la representación psíquica y social de la parte perdida que su funcionalidad. Dado que el cabello es un objeto significativo para su propia imagen, estimado y valorado como atributo para ganar la aceptación y el amor del otro, muchas mujeres le dan más relevancia a esta consecuencia que al efecto del tratamiento sobre la médula ósea, de mayor importancia orgánica.

La mama es imprescindible en la autoimagen corporal de la mujer; es fundamental en su vida social y de pareja. Por ello la mastectomía repercute de manera integral sobre la sexualidad de la mujer, ya que es percibida como un ataque a su atractivo femenino, además de aportar una sensación de deformidad física y de asimetría corporal, lo que repercute de manera negativa en su autoconcepto y autoestima. Por ello, un número significativo de mujeres que han sufrido mastectomía modifican su comportamiento y su estilo de vestimenta, tienen problemas en su vida afectiva y familiar y en la interacción social, ya que:

*“...las emociones que experimenta la mujer ante la pérdida de una mama pueden compararse a las que se producen ante la pérdida de un ser querido. Se trata de un auténtico ‘duelo’ por la función desaparecida (sexual, estética, simbólica o reproductora), por las satisfacciones psíquicas que proporcionaban dichas funciones y por la pérdida de*

*expectativas en el terreno sexual y en lo más hondo de su femineidad”*  
(Flores, 1994 p. X).

Dado que la mastectomía es la opción terapéutica que genera un mayor deterioro en la imagen corporal y en el nivel de funcionamiento sexual de las pacientes, la reconstrucción mamaria tiene como principal objetivo la restitución de la imagen corporal y del bienestar psicológico de las pacientes postmastectomía. Las pacientes con reconstrucción mamaria inmediata experimentan un menor deterioro de la imagen corporal y una menor preocupación por el futuro o por la pérdida del cabello que las pacientes sometidas a cirugía conservadora. Igualmente, las pacientes de dicho estudio describieron una menor sintomatología experimentada en el brazo, en la mama, o secundaria a la quimioterapia y hormonoterapia. Asimismo, las mujeres sometidas a reconstrucción mamaria manifestaron un mayor nivel de autoestima y un menor deterioro en la imagen corporal que las mujeres mastectomizadas sin reconstrucción (Rincón, et al., 2012).

## **2.5 Personalidad tipo C**

Diversos estudios han mostrado el interés por establecer la influencia de los aspectos psicológicos en la aparición y desarrollo del cáncer. En 1980, Morris y Greer investigaron si existía una personalidad propensa al cáncer y concluyeron que los individuos con una inadecuada expresión emocional de la agresividad, la ira, la rabia, entre otras, se podían clasificar en el tipo C de personalidad. Dichos individuos reúnen las siguientes características: se muestran sumamente cooperativos, pasivos, evitadores de conflicto, supresores de emociones como la ira o la ansiedad, usan la represión como mecanismo de afrontamiento, son rígidos y con mayor predisposición a experimentar desesperanza y depresión. Ya en 1974 Friedman y Rosenman estudiaron a individuos propensos a sufrir problemas cardiovasculares, que clasificaron como tipo A. Dichos individuos, presentan hiperactividad, impaciencia, hostilidad y competencia. También caracterizaron la personalidad tipo B que incluye a individuos tranquilos,



confiados, atentos al bienestar personal y con facilidad de expresión emocional (Sebastián, León & Hospital, 2009).

En el estudio realizado por Sebastián et al. (2009), acerca de la relación entre personalidad tipo C, o propensa al cáncer, y desarrollo del cáncer de mama, se compararon tres grupos de mujeres: el primero antes de ser diagnosticadas con cáncer de mama, el segundo con patología benigna y el último con mamas normales. Encontraron que las mujeres con enfermedad oncológica, las mayores de 55 años y las que son madres, demostraron tener una mayor necesidad de mantener relaciones cordiales y no conflictivas con los demás, así como una mayor disponibilidad para sacrificar las propias necesidades con el objeto lograr relaciones interpersonales armoniosas con la familia y los amigos. Asimismo, se encontró que las pacientes con cáncer de mama hacen un uso excesivo de la razón y la lógica como una forma de afrontamiento general al entorno y, más específicamente, como una forma de evitación de las emociones interpersonales negativas.

Eysenck (1994 en Sebastián et al., 2009, p. 462), caracteriza a los individuos que presentan un estilo comportamental tipo C como *“sumamente cooperativos, pasivos, evitadores de conflicto, supresores de emociones como ira o ansiedad, que usan la represión como mecanismo de afrontamiento, rígidos, y con mayor predisposición a experimentar desesperanza y depresión”*.

## **2.6 Psicoterapias y calidad de vida**

La calidad de vida es un constructo multidimensional, incluyente de todos los factores que impactan sobre la vida del individuo: físicos, sociales, psicológicos y la percepción que el propio paciente tiene de estos. Así, el cáncer de mama es una enfermedad crónica que afecta la calidad de vida de las pacientes. Existe una importante relación entre las variables psicológicas optimismo y estrategias de afrontamiento, con la calidad de vida de mujeres con cáncer de mama. En

consecuencia, resulta muy importante diseñar intervenciones efectivas que permitan modificar las estrategias de afrontamiento de las pacientes con cáncer de mama, potenciando el uso de estrategias activas como el apoyo social y el desarrollo de un estilo explicativo optimista, así como .el abandono de estrategias de afrontamiento pasivo, como la autocrítica. Los grupos de apoyo pueden favorecer el logro de estos propósitos, ya que por una parte pueden transformarse en una importante fuente de apoyo social y además, permiten la utilización del aprendizaje social como medio para potenciar el logro de cambios al nivel del estilo explicativo (Mera & Ortiz, 2012).

En la revisión realizada Reich y Remor (2010), encontraron que la calidad de vida de las mujeres con cáncer de mama puede verse afectada tanto por variables médico-clínicas como por variables psicosociales. Entre las primeras se encuentran el estadio de la enfermedad, el tipo de tratamiento -tipo de cirugía, quimioterapia, radioterapia, terapia hormonal- y sus efectos secundarios - sintomatología en el brazo, en la mama y secundaria a los tratamientos adyuvantes, dolor agudo o crónico vinculados a procedimientos médicos o a la enfermedad y fatiga-, así como el pronóstico y las posibilidades de rehabilitación; entre las variables psicosociales se encuentran: la imagen corporal, el estado emocional -niveles de estrés, trastornos del sueño, ansiedad, sintomatología depresiva-, apoyo social percibido y las relaciones de pareja.

Para ayudar a las pacientes a enfrentar una enfermedad tan compleja como el cáncer, las instituciones de oncología cuentan con apoyos emocionales para la atención del sufrimiento, tales como psicooncología, que contribuye a estabilizar la psique de pacientes y familiares; tanatología, para enseñar a pacientes y familiares a manejar el sufrimiento derivado de las pérdidas; psiquiatría, para atender los eventos psicopatológicos de pacientes y familiares; así como grupos de autoayuda, que amplían a pacientes y familiares la perspectiva e importancia de la construcción de redes sociales de apoyo (Tinoco, 2012)

En la terapia de grupo los pacientes y sus familiares encuentran estímulo emocional, posibilidad de desahogo y un ambiente propicio llorar, si lo requieren.

También encuentran esperanzas al compartir experiencias de cáncer, lo que les proporciona un sentimiento de universalidad y de confianza en las propias capacidades para enfrentar su padecimiento. Además, aprenden nuevos modelos de afrontar sus relaciones interpersonales (Haber, 2000 en Tinoco, 2012).

A partir de su experiencia con pacientes de cáncer de mama, Haber (2000), aportó una tipología de grupos: grupo de sesión única, grupo a corto plazo, grupo a largo plazo (grupo de psicoterapia convencional, grupo de expresión y de apoyo) y terapia de grupo tradicional. En el grupo de sesión única hay tareas de grupo y se busca facilitar la expresión de emociones. (Haber, 2000 en Tinoco, 2012). Mientras algunos pacientes y familiares asisten con regularidad a la terapia de grupo, la mayoría asiste cada vez que van a consulta o que tienen oportunidad de acudir, en función de sus actividades cotidianas. La mayoría de los asistentes son mujeres y, generalmente, van acompañadas de algún familiar; un menor número de ellas asiste con un familiar hombre, y algunas con su esposo (Tinoco, 2012).

### **Tratamiento cognitivo conductual**

De acuerdo con Garduño et al. (2010), el tratamiento cognitivo conductual trata de mantener un buen funcionamiento de las pacientes con cáncer de mama, sin dejarles mucho tiempo libre para que no presten demasiada atención a síntomas y molestias del tratamiento médico. También se busca que las rutinas cotidianas se perciban como reflejo de estabilidad y relativa satisfacción.

Garduño et al. (2010), relatan que al inicio del tratamiento algunas pacientes referían pensamientos irracionales sobre su enfermedad, tales como que estaban pagando errores cometidos en el pasado, que era un castigo divino por haber sido malas personas o por ser iracundas, entre otros. Un componente central de la intervención consistió precisamente en reemplazar estos pensamientos por otros más positivos para sobrellevar su situación e involucrarse en su autocuidado. La relajación muscular progresiva profunda fue uno de los componentes que dotó a las pacientes de mayor estabilidad emocional al afrontar situaciones estresantes.

Las pacientes referían sentirse más tranquilas, incluso físicamente, para continuar su vida.

De acuerdo con Fernández et al. (2011), las pacientes de cáncer de mama que participan en terapia de activación conductual y que mantienen sus actividades cotidianas y de ocio durante el tratamiento con quimioterapia, no presentan alteraciones emocionales. Dado que las tareas domésticas y el cuidado de la familia siguen estando, mayoritariamente, a cargo de la mujer, resulta más difícil delegar dichas tareas en otros. *“Pero también resulta gratificante para la mujer mantener las funciones que son relevantes en su vida, especialmente, cuando una enfermedad como el cáncer ‘amenaza’ sus objetivos vitales”* (p. 290).

### **Terapia Psicológica Adyuvante**

Uno de los procedimientos de intervención más utilizados es una adaptación de la terapia cognitiva de Beck al tratamiento de los pacientes de cáncer: la Terapia Psicológica Adyuvante (*Adjuvant Psychological Therapy, ATP*). Los propósitos de dicha terapia son: reducir los niveles de ansiedad, depresión y otras reacciones emocionales desadaptadas; inducir un estado de afrontamiento positivo, para facilitar la adaptación al cáncer; promover un sentido de control personal y la participación activa en su tratamiento; así como desarrollar estrategias de solución de problemas y facilitar la comunicación (Olivares, 2006).

### **Terapia grupal de Apoyo-Expresiva**

La Terapia Grupal de Apoyo-Expresiva SEGT (*Supportive-Expressive Group Therapy*) es una intervención psicológica grupal desarrollada en la Universidad de Stanford, para pacientes con cáncer metastásico, predominantemente cáncer de mama. Se trata de una terapia inestructurada en que los terapeutas asisten a los pacientes a encontrar sus propias formas de ajustarse a la enfermedad y encontrar sentido. Así que no enseña habilidades específicas o estrategias de

afrontamiento, sino que busca aliviar la aflicción de personas en proceso de morir, disminuir el aislamiento y mejorar el apoyo social. Una característica distintiva de esta terapia es que alienta el establecimiento de contacto entre los miembros fuera de las sesiones de terapia grupal. Se ha demostrado que es efectiva en reducir el sufrimiento emocional, el dolor, la fatiga, el desamparo, la desesperanza y los síntomas traumáticos en mujeres con cáncer de mama metastásico. Asimismo, mejora la capacidad de afrontamiento y el funcionamiento social, previniendo nuevos trastornos depresivos. La SEGT puede y ha sido combinada con otras intervenciones, tales como: auto-hipnosis, meditación, imaginación visual y recientemente, “*mindfulness*” o atención total, para manejar el dolor y otros síntomas (O'Brien, O'Brien & Yasky, 2011).

De acuerdo con O'Brien et al. (2011), las pacientes con cáncer de mama metastásico le temen no tanto a la muerte, sino a la forma en que van a morir; asimismo, les preocupa mantener la dignidad y respeto en el momento de morir. El apoyo grupal permite a estas mujeres expresar su temor a la muerte, así como abrir la discusión con sus familiares y amigos, liberándolas de la presión por “*mantener un espíritu positivo*”.

## **Hipnosis**

La hipnosis es definida por la Asociación Americana de Psicología (APA), como un procedimiento mediante el cual se sugiere a las personas cambios en las sensaciones, percepciones, pensamientos, emociones o conducta (APA, 1994). Dicho procedimiento, generalmente, se inicia a través de un método de inducción, para guiar al participante a relajarse y concentrarse en pensamientos o imágenes, con sugerencias de calma, relajación y bienestar (Santana, Bernal, Rodríguez, Gómez & Morales, 2012).

La hipnosis ha formado parte de intervenciones para atender los efectos de múltiples condiciones oncológicas: para controlar dolor, náuseas y vómitos como

efectos secundarios de la quimioterapia, mejorar calidad de vida de pacientes y la respuesta autoinmune en adultos y niños con cáncer. Asimismo, se ha utilizado en pacientes con cáncer de mama como adyuvante de la terapia cognitivo conductual para tratar la claustrofobia en pacientes que recibirían radioterapia; combinada con técnicas de relajación para tratar la náusea y vómitos anticipatorios a la quimioterapia; para disminuir la angustia y estrés de un grupo de mujeres previo a la cirugía de mama; para disminuir los *hot flashes* (sofocos); como parte del aprendizaje para enfocar su atención y puedan absorberse en la experiencia de la autohipnosis. También puede ser incorporada al final de una intervención grupal de apoyo expresivo para disminuir el estrés y el dolor en un grupo de pacientes después de la cirugía de mama (Santana et al., 2012).

### **Terapia narrativa**

De acuerdo con García y Rincón (2011), se observó que la terapia narrativa fue eficaz en la prevención de sintomatología postraumática en mujeres recientemente diagnosticadas con cáncer de mama. Facilitar la expresión emocional de los significados asociados a una experiencia traumática y vincular a los pacientes con redes de apoyo social permitió diferencias significativas entre grupo experimental y control en sintomatología postraumática, depresiva y somática.

### **Psicoterapia integradora**

En el estudio realizado por Cerezo, Ortiz-Tallo y Cardenal (2009), con 40 mujeres con cáncer de mama que presentaban dificultades en la expresión emocional, se encontraron dos perfiles de personalidad: en uno identificaron *rasgos de retraimiento emocional* -esquizoide, evitativo, depresivo y dependiente-, en el que se concentró casi el 70%; en el otro identificaron *rasgos de amplificación emocional* -histriónicos- y concentró casi el 30% restante. Por 12 semanas se aplicó una psicoterapia integradora que incluyó técnicas de diversos enfoques,

seleccionadas por su contribución global al procedimiento terapéutico. Tras la terapia las pacientes aprendieron a reconocer sus emociones, a aceptarlas y regularlas de forma más adecuada en cada situación, por lo que manifestaron más frecuentemente sus emociones positivas, reconociendo y regulando mejor las negativas.

## **2.7 La pareja y el cáncer de mama**

De acuerdo con Nigenda et al. (2009), para las parejas de las mujeres con cáncer de mama existen dos preocupaciones principales: el cuidado de los hijos, ante la posible ausencia de la madre y la forma de sufragar los costosos tratamientos. Una vez que las pacientes obtuvieron y les comunicaron información acerca de la enfermedad, los tratamientos, procedimientos diversos, la alimentación, los hábitos de vida, el cuidado personal, la relación con los médicos, su cuerpo y su sexualidad, ellos pudieron alejar de su pensamiento la posibilidad de un desenlace fatal y el tema económico. Entonces reorientaron sus preocupaciones hacia la sexualidad, a partir de los cambios experimentados en el cuerpo de su pareja.

*Los varones viven esta experiencia [el diagnóstico] como un rechazo, un alejamiento de la pareja, una soledad mezclada con el miedo a lo que deben enfrentar. Los tratamientos prolongados, además de las consecuencias de algunas operaciones... suspenden la vida sexual, la intimidad de las parejas y los espacios de afecto se reducen en momentos de crisis; todo ello da lugar en ocasiones a un distanciamiento de las parejas a lo largo del proceso de la enfermedad (Nigenda et al. 2009, p. 260).*

De acuerdo con Knaul et al. (2009), las entrevistas a médicos en la Ciudad de México revelaron que las mujeres se sienten incómodas o le temen a la mamografía y que incluso sus compañeros las disuaden de realizarse el examen. Por ello se deben ofrecer campañas educativas y de concientización, así como intervenciones de detección temprana, a través de los programas contra la

pobreza y programas de salud ya existentes dirigidos a las familias, incluyendo los varones.

Los tratamientos asociados al cáncer de mama tienen un fuerte impacto físico y psicológico en las mujeres que los reciben, especialmente en aquellos casos en que las pacientes se someten a una mastectomía, pues se altera la simetría corporal, su función reproductiva y materna. La deformidad física asociada a la mastectomía, a su vez, afecta el establecimiento de relaciones íntimas y la sexualidad, pues genera un sentimiento de vergüenza; la mujer evita o se siente rechazada en las relaciones íntimas y aparecen trastornos sexuales (Mera & Ortiz, 2012).

Las pacientes reconocen la necesidad de sentirse amadas y motivadas por sus cónyuges para luchar contra el cáncer de seno y asumir con valor el impacto quirúrgico y farmacológico que altera su ritmo de vida y su sexualidad. Si bien la presencia de la enfermedad no suprime completamente la vida afectiva y sexual, dicha actividad puede disminuir significativamente después de realizada la mastectomía, porque la mujer se percibe como desfigurada y cree haber perdido su atractivo físico. Así, algunas mujeres refieren como un momento difícil el encuentro íntimo con su pareja, por el temor a la reacción de su compañero al verlas sin el seno (Vargas & Pulido, 2012).

A este respecto Díaz (2010), refiere que:

*“... algunas pacientes que han sufrido cáncer de mama relatan que esa experiencia cambió la relación con sus parejas; algunas veces porque se encontraron con el rechazo explícito o el temor del otro para acercarse a ellas, pero en la mayoría de los casos porque ellas mismas no se sentían bien cuando ellos las miraban o las tocaban, pues sentían vergüenza de evidenciar su cuerpo ‘deformado’ o temor de suscitar horror en el otro” (p. 58).*



Se ha visto que el diagnóstico de un cáncer de mama genera en la mujer la experiencia de pérdidas múltiples: se pierde una parte del cuerpo o la representación que de ella se tenía; se pierde el ideal de futuro al sufrir una enfermedad que psíquicamente remite a la muerte; se pierde la lógica del vínculo con el otro por las transformaciones que la enfermedad y los tratamientos imponen a la relación. Estas pérdidas generan procesos afectivos de elaboración del duelo que conducen a la construcción de una nueva imagen corporal y al reencuentro con el otro. La mujer reconstruye una imagen de su cuerpo, e instaura también una nueva relación con el otro en la que su presencia, su mirada y su contacto no representan la amenaza percibida en los primeros momentos de la enfermedad (Díaz, 2010).

En algunos casos, sin embargo, la mujer puede responder a su enfermedad deteniéndose en el dolor por lo perdido y anclándose en un anhelo que le impide la reconstrucción del cuerpo y la resignificación de la vida. En esta vertiente, el dolor puede convertirse en el principal contenido de la experiencia emocional tras la enfermedad, lo que se escucha en mujeres que, tras años de un tratamiento oncológico exitoso -en el sentido orgánico-, permanecen ancladas en un continuo dolor de existir y en la imposibilidad de mirar o tocar su propio cuerpo o de permitir que alguien lo haga. Todo esto les impide reasumir su vida y las aleja del vínculo con el otro (Díaz, 2010).

Las mujeres con cáncer de mama encontraron en sus cónyuges una razón para luchar por superar el cáncer de seno; su apoyo incondicional es importante para que la estructura familiar siga funcionando de forma armoniosa y positiva. Asimismo, las pacientes esperan recibir el calor afectivo, la satisfacción sexual, la sensación de seguridad y la comprensión por parte del esposo. Sin embargo, el tratamiento oncológico altera el ritmo de vida sexual y conyugal y los encuentros íntimos con la pareja representan una experiencia difícil (Vargas & Pulido, 2012).

En el estudio realizado Gretchen (2003), encontró dos tipos de afrontamiento de la pareja ante el diagnóstico de cáncer de mama en etapa temprana: uno más

orientado a la emoción, en el que las parejas son capaces de reconocer la presencia del cáncer y de expresar sus pensamientos, sentimientos y emociones al respecto; y otro en el que se minimiza o modera la expresión de los pensamientos y emociones relacionadas con la recuperación, con la intención de limitar el impacto del cáncer en la familia. Se identificaron cuatro estrategias durante el proceso de recuperación de la paciente:

- *participación en la recuperación*, donde la pareja se comunica de diversas maneras y comparte las preocupaciones acerca de su vida o el cáncer durante la recuperación de la paciente;
- *ayudándola*, donde el marido reconoce que su esposa necesita ayuda y asume el cuidado de los hijos y la realización de las tareas domésticas;
- *normalización del funcionamiento del hogar*, donde las parejas intentan que las cosas vuelvan a ser como eran antes del cáncer y
- *minimizar la intrusión del cáncer*, en este caso la pareja trata de reducir el impacto del cáncer en la familia, restándole importancia.

Como Rodríguez y Costas (2013) señalan, el diagnóstico de cáncer de mama brinda a la pareja la oportunidad de incrementar la intimidad; sin embargo, también puede intensificar los problemas que existían previamente en la pareja. Es común que las parejas abandonen a las pacientes, ya que no saben cómo lidiar emocionalmente con la situación. Por lo tanto, existe la necesidad de desarrollar intervenciones de consejería para parejas de mujeres diagnosticadas con cáncer de mama, con el propósito de involucrarlas en el proceso y ayudarlas a lidiar con el impacto de este diagnóstico en la pareja y en la vida familiar, especialmente para considerar la experiencia como “*nuestro problema*” y no como un asunto individual de la paciente.

De acuerdo con Juárez y Landero (2011), la imagen corporal y el funcionamiento sexual son aspectos afectados por el cáncer de mama. Sin embargo, en la muestra de estudio el bajo funcionamiento sexual no fue explicado por alteraciones en la imagen corporal. Además, aunque se encontró relación entre el funcionamiento sexual y la autoestima, tampoco se vieron reflejados los efectos de

ésta sobre el funcionamiento sexual, por lo que otros factores como la sintomatología, los tratamientos y otros aspectos psicológicos pueden ser los causantes del bajo funcionamiento sexual.

En la entrevista que DeAngelis (2014), hizo al psicólogo clínico Don Shapiro, superviviente de cáncer y cónyuge de una mujer que padeció cáncer de mama, él explica que lo primero que las parejas deben hacer cuando uno de ellos tiene cáncer es reconocer que la enfermedad les afecta a los dos y aprender a funcionar como un equipo frente al cáncer. Es común que las parejas respondan de manera diferente ante el cáncer debido a que tienen “*estilos de comunicación diferentes, diferentes enfoques para la autoridad, distintas creencias sobre la enfermedad, ideas muy diferentes de lo que es aceptable compartir con el mundo exterior*” (p. 46). Por eso la pareja tiene que trabajar las zonas comunes de conflicto y llegar a acuerdos sobre la información que podrán compartir con sus amigos o qué tan optimistas es conveniente mostrarse con respecto a la recuperación, entre otros aspectos.

Una sugerencia que el psicólogo Don Shapiro hace a las parejas con cáncer es perdonar los errores iniciales, ya que después del diagnóstico es posible que un miembro de la pareja sienta que el otro no entiende lo que le sucede y que no es solidario. Por eso el cónyuge requiere adquirir nuevas habilidades para manejar los altos niveles de estrés, el miedo, la atención a la pareja, el tratamiento médico y sus consecuencias, entre otras, ya que es muy difícil estar atento del cónyuge y simultáneamente mantener la organización de la vida cotidiana para hacer frente a la enfermedad (DeAngelis, 2014).

### **2.7.1 El apego en la pareja**

Los estudios recientes sobre las relaciones de pareja enfatizan que los lazos afectivos que se establecen con los demás, especialmente con las personas significativas, responden a un patrón que las personas generan a lo largo de su historia de vida. Dicho patrón recibe el nombre de apego.

Se ha descubierto que los bebés humanos tienen necesidad de estrecho contacto físico con la madre, para obtener protección y seguridad. Esas primeras relaciones emocionales del bebé con su madre dan origen a lo que se denomina vínculo de apego, uno de los logros más importantes de la infancia. Asimismo, el tipo de apego que desarrollan es producto del trato que reciben: los bebés que son atendidos en forma efectiva y cariñosa desarrollan un vínculo de apego seguro, en cambio los bebés que sufren incomodidad o dolor físico y emocional por mucho tiempo, antes de que sus padres los atiendan, desarrollan un vínculo de apego inseguro. *“La búsqueda de seguridad es lo que define el vínculo de apego”* (Heredia, 2005, p.33).

Fue John Bowlby, psicoterapeuta infantil, quien estudió primero la relación entre padres e hijos desde un enfoque etológico-evolutivo. Se interesó en las respuestas de los niños pequeños cuando eran separados de la madre, y colocados en un lugar desconocido, con personas extrañas, durante semanas o meses, así como las consecuencias en las relaciones posteriores con los padres. Bowlby encontró gran semejanza entre el proceso de duelo y la secuencia de las respuestas de los niños pequeños que habían sufrido una separación temporal de su madre (Heredia, 2005).

Mary Ainsworth colaboró con Bowlby investigando los efectos de la separación materna temprana en la personalidad del niño, posteriormente estudió a madres e hijos en escenarios naturales. Ainsworth introdujo el concepto de la figura de apego como una base segura para explorar, que permite comprender el modo en que una persona se desarrolla y funciona a lo largo de su vida (Heredia, 2005).

Entre los adultos la pareja puede fungir como base segura y zona de refugio; la base segura en los adultos implica que pueden estar tranquilos y llevar su vida y actividades sin tener la preocupación de perder a su pareja. El refugio o zona de protección se refiere al hecho de saber que cuenta con su pareja para que le apoye y le reconforte al emprender alguna nueva tarea, o al estar bajo alguna situación difícil o estresante. En las parejas adultas los roles de cuidador quizá se alternen, por lo que mientras un miembro de la pareja sale a explorar, el otro

deberá estar atento a las necesidades de la pareja para fungir como base segura. Cabe aclarar que los sistemas de apego y de exploración no pueden activarse ambos a la vez, por lo que los roles en la pareja tendrían que alternarse, de esta forma cuando uno explore, precisará que el otro funja como un cuidador brindado apoyo (Mikulincer y Goodman, 2006).

En la investigación realizada por Gómez-Zapiain, Ortiz y Gómez-Lope (2012), para conocer la forma en que los perfiles de apego afectan la capacidad de ofrecer y solicitar soporte emocional en las relaciones de pareja, encontraron que la tendencia a la evitación interfiere en las capacidades de soporte y dependencia en ambos sexos. Asimismo, encontraron que los hombres altamente ansiosos cuidan tanto como las mujeres, siempre y cuando el nivel de evitación sea bajo. En contraste, en el grupo de mujeres ansiosas, la elevada evitación no inhibe los cuidados.

De acuerdo con Gómez-Zapiain et al. (2012), *“la infancia es la etapa donde la protección, el cuidado [y] la aceptación incondicional son esenciales para la supervivencia”* (p. 303). Asimismo, señalan que la representación mental del apego que se forma a partir de la relación entre el bebé y sus cuidadores es la base de la seguridad, sustenta la autoestima y las expectativas positivas respecto a los otros y *“se establecen las bases de la empatía, de los cuidados sensibles y de la expresión y regulación emocional”* (p. 303).

Hazan y Shaver (1987, en Gómez- Zapiain et al., 2012), propusieron que el vínculo de apego en los adultos se manifiesta en la relación amorosa. Dicha relación es voluntaria, no necesariamente incondicional ni estable e integra la motivación erótica. Destaca el hecho de que en la pareja uno es la figura de apego del otro y viceversa. De acuerdo con Bowlby (1969, Gómez- Zapiain, 2012), el apego es funcional a lo largo del ciclo vital.

Como Gómez-Zapiain et al. (2012) señalan, la teoría del apego es un marco que permite el estudio de las relaciones de pareja, dado que también los adultos tienen necesidades de proximidad y seguridad, existe un modo de comunicación

emocional entre los miembros de la pareja, así como temor ante la pérdida o amenaza de abandono de las figuras de apego, además, la seguridad del apego influye en la capacidad para afrontar los retos de la vida. Por ello la pareja se entiende *“como un sistema relacional al servicio de la satisfacción de las necesidades de las personas que la componen a partir de la interacción de tres sistemas: el sistema sexual, el apego y el sistema de cuidados”* (p. 304). En las relaciones afectivas adultas, el sistema de cuidados supone disponibilidad, sensibilidad ante las necesidades del otro, incondicionalidad y cuidados físicos, emocionales y eróticos, entre otros. Dicho sistema de cuidados motiva a la pareja a atender y responder a las señales de necesidad de la persona con la que se está vinculada y a ésta a expresar cognitiva y emocionalmente su estado de vulnerabilidad.

Otro resultado obtenido por Gómez-Zapiain et al. (2012), es que no hay diferencia en el sistema de cuidados a la pareja entre personas seguras y ansiosas. Tal vez debido a que las personas ansiosas mostrarían una mayor vigilancia a la posibilidad de pérdida o abandono, tendiendo a mostrarse proactivas en ambas posiciones, soporte y dependencia. Mientras que las personas seguras manifiestan un tipo de cuidado sensible, las ansiosas tienden a sobreimplicarse cuidando de modo compulsivo a su pareja.

De acuerdo con Gómez-Zapiain et al. (2012), el estudio de los grupos de apego corrobora el efecto negativo del estilo de apego evitativo, alejado, frío y sin implicación emocional, en el sistema de cuidados en la pareja, tanto en hombres como en mujeres. Puesto que la evitación es una estrategia defensiva ante la carencia y el rechazo afectivo, se podría decir que las personas evitativas *“han carecido de modelos prosociales con los que desarrollar y aprender las capacidades de cuidar a los demás”* (p. 311), por lo que las personas evitativas tienen dificultades para intimar y empatizar, así como para expresar su necesidad de cuidado, ya que carecen de la empatía que motiva las conductas de ayuda y no han desarrollado las capacidades de cuidar a los demás. En la pareja la tendencia

a la evitación predice mejor las dificultades para situarse en posición de soporte y de dependencia que las diferencias de género.

Por lo que se refiere al grupo de los evitativo-miedosos, compuesto por sujetos de alta ansiedad y alta evitación, el comportamiento de las mujeres respecto a la capacidad de soporte y dependencia sí difiere del de los varones. Mientras que los varones tienen miedo a sufrir por los conflictos emocionales, no tienen esperanzas ni confianza en la relación, ni en la pareja, no manifiestan su necesidad, ni se implican ante la necesidad de su pareja, las capacidades de soporte y dependencia tienden a inhibirse. En cambio, en las mujeres se mantiene el soporte y la manifestación de dependencia en la pareja, algo probablemente relacionado con la socialización de estas conductas o valores en nuestra cultura.

### **2.7.2 La resiliencia ante el cáncer de mama**

La resiliencia es un constructo que se define como competencia personal ante la adversidad significativa; involucra tanto factores intelectuales, como intrapsíquicos e interpersonales, que le permiten a la persona hacer frente a las situaciones adversas e involucrarse para obtener bienestar psicofísico. Esta interacción produce una respuesta adaptativa y sistémica que le brinda a la persona un nivel de comprensión elevado de todas las situaciones implicadas durante una enfermedad; se logra identificar factores protectores, el propósito en la vida y hasta se ve la enfermedad como una oportunidad para crecer. Así, las supervivientes de cáncer de mama han logrado percibir su enfermedad de forma diferente, incluso hasta encontrar beneficios, luego de ser diagnosticadas con la condición y haber afrontado el tratamiento de la misma (Crespo & Rivera, 2012).

La investigación realizada por Crespo y Rivera (2012), para explorar la relación mente-cuerpo en la evolución y recuperación del cáncer de mama, así como el posible efecto mediador de las variables sociales y psicológicas en el desarrollo de la autoeficacia y la resiliencia, reporta que el apoyo familiar resultó ser una

variable significativa en todo el proceso de manejo de la enfermedad, así como de la recuperación. Las participantes de dicho estudio mantenían fuertes lazos afectivos con sus familiares, personas de la comunidad y compañeros de trabajo. Las participantes reportaron que la espiritualidad, las redes de apoyo y el optimismo sirvieron de factores protectores que las encaminaron a desarrollar la resiliencia necesaria para sobrevivir.

La mujer superviviente de cáncer de mama halla sentido a su historia expresando sentimientos y preocupación por las mujeres que le rodean, a su vez, esto les provee confort y crecimiento personal al enfrentar el futuro (Crespo & Rivera, 2012).

La resiliencia es un recurso para sobrellevar el cáncer de mama y predice altos niveles de calidad de vida. De manera específica el uso de apoyo social, fortaleza, sentido de vida e identidad, incrementó la calidad de vida en las mujeres (Ocampo et al., 2011).

### **2.7.3 Atribución**

De acuerdo con Ferrucci et al. (2011), los individuos diagnosticados con cáncer pueden desarrollar teorías sobre la causa de su enfermedad, en un intento de entender y hacer frente a su diagnóstico. Dichas teorías, también llamadas atribuciones causales, no siempre se basan en conocimientos científicos y pueden afectar el ajuste psicosocial, la calidad de vida y la severidad de los síntomas. Las atribuciones causales se clasifican por locus (internos o externos) y controlabilidad o modificabilidad.

En el estudio de Ferrucci et al. (2011), con 855 supervivientes de cáncer, 775 fueron mujeres y el diagnóstico más común era cáncer de mama (29,9%). El 78% de los participantes identificaron unas o más causas de su enfermedad. Las tres categorías de atribuciones causales más comunes fueron: estilo de vida (38.6%), biológicos (3%) y del medio ambiente (23.9%). Las principales atribuciones de



estilo de vida identificadas fueron el uso de hormonas, dieta y los factores de estilo de vida general. Entre los factores biológicos, figura la herencia genética como causa de su cáncer. Las razones más comunes dentro de la categoría ambiental fueron medio ambiente en general, las toxinas y riesgos laborales. Las supervivientes de cáncer de mama atribuyen su enfermedad más a menudo a factores biológicos y de estilo de vida. También identificaron factores que tienen una participación menor en la carcinogénesis, como anticonceptivos orales, la contaminación ambiental, toxinas, estrés y las condiciones de salud previas. También se encontró que las personas que se preguntaban “¿por qué a mí?” tenían más probabilidades de ser menores de 55 años y experimentaban más problemas relacionados con el cáncer.

En general, muchos supervivientes consideran que las causas del cáncer están fuera de su control. En este estudio sólo el tipo de cáncer se asoció con atribuciones causales modificables. Varios estudios han encontrado que las atribuciones causales modificables se asocian con una mejor adaptación al cáncer. Asimismo, algunas investigaciones sugieren que las personas que consideran que la causa de su cáncer es algo controlable son más propensos a cambiar los comportamientos que creen que contribuyeron a su enfermedad. Lo mismo se ha observado entre los familiares de los supervivientes. Por ello, entender las atribuciones causales de los pacientes de cáncer podría ser relevante en las intervenciones de promoción de la salud (Ferrucci et al., 2001).

En la investigación realizada por Thuné-Boyle, Myers y Newman (2006), para conocer la importancia que las creencias de la enfermedad y del tratamiento, así como la percepción de la severidad de los síntomas tienen en la predicción de angustia durante el tratamiento con quimioterapia, encontraron que las creencias sirven como importantes mediadores entre el número de síntomas y la angustia, explicando el 15% de la variación en la ansiedad y 5% de la variación en la depresión. La percepción acerca de la severidad de los síntomas también puede ser un predictor de ansiedad, explicando un 7% de la varianza.

## **CAPÍTULO 3. MÉTODO**

El enfoque de la presente investigación es mixto. Hernández, Fernández y Baptista (2006), consideran que el enfoque mixto “*es un proceso que recolecta, analiza y vincula datos cuantitativos y cualitativos en un mismo estudio o una serie de investigaciones para responder a un planteamiento del problema*” (p. 755). Se fundamenta en la triangulación de métodos y proporciona “*...una mayor amplitud, profundidad, diversidad, riqueza interpretativa y sentido de entendimiento*” (p. 276). Se puede utilizar para responder distintas preguntas de investigación del planteamiento del problema.

### **3.1 Planteamiento del Problema**

#### **a) Justificación**

La problemática asociada al cáncer de mama refiere muchas vertientes en su análisis y en su explicación. Sin embargo, con la finalidad de apoyar a mujeres que presentan este mal, el presente estudio pretende incluir la mirada masculina, ya que estas mujeres se ven invadidas y trasgredidas de inicio en su vida de pareja. Por ello el evaluar la vivencia de cada mujer y su pareja revierte gran importancia en la psicología.

#### **b) Preguntas de Investigación**

¿Cuáles son los factores que permiten a algunas parejas enfrentar juntos el cáncer de mama?

¿Cuáles son las representaciones de un grupo de hombres acerca del cáncer de mama?

### **c) Objetivos**

- Generales

Describir y analizar las dificultades que enfrentan algunas parejas ante el cáncer de mama, así como las fortalezas que les han permitido continuar juntos.

Investigar acerca de las cogniciones, emociones y creencias de un grupo de hombres sobre el cáncer de mama.

- Específicos
  - 1) Identificar las emociones asociadas al cáncer de mama en los hombres cuya pareja padece la enfermedad, así como la manera en que dichas emociones influyen en su relación de pareja.
  - 2) Explorar cuales son las fortalezas de las parejas que les permiten superar la crisis del cáncer de mama.
  - 3) Identificar las creencias asociadas al cáncer de mama en los hombres.
  - 4) Identificar las cogniciones, emociones y creencias que tiene un grupo de hombres acerca del cáncer de mama.
  - 5) Proponer acciones de sensibilización e información sobre el cáncer de mama, dirigidas a los hombres.

## **3.2 Muestreo**

### **i) Población:**

- Primera fase: parejas en las que la mujer cursó con cáncer de mama, sin importar la etapa del tratamiento en que se encuentre actualmente.
- Segunda fase: grupo de hombres.

### **ii) Muestra:**

- Primera fase: cuatro parejas en las que la mujer padeció o padece cáncer de mama.
- Segunda fase: un grupo de 105 empleados federales.

iii) **Muestreo:** no probabilístico.

iv) **Criterio de inclusión**

- Primera fase: pareja en la que la mujer padece o padeció cáncer de mama.
- Segunda fase: ser hombre y trabajar como empleado federal en el sistema educativo.

v) **Criterio de eliminación:**

- Primera fase: pareja en la que la mujer no padece ni ha padecido cáncer de mama.
- Segunda fase: ser mujer, o ser hombre y no empleado del sistema educativo federal.

**3.3 Tipo de estudio:** exploratorio.

### **3.4 Instrumentos**

- Entrevista semiestructurada.
- Cuestionario de preguntas abiertas con dos versiones.
- Cuestionario para hombres.

### **3.5 Procedimiento**

#### **Primera fase de la investigación**

La primera etapa de esta investigación se enfoca en parejas que han cursado juntas el proceso del cáncer de mama. En ella se exploran las cogniciones, emociones, reacciones ante el diagnóstico, creencias sobre la enfermedad, dificultades encontradas, apoyos brindados a la pareja, estilos de afrontamiento, relación de pareja y trascendencia. Para ello se diseñó un cuestionario con dos versiones. La versión "A" dirigida al hombre, estaba compuesta de tres secciones: la primera de datos generales, la segunda para anotar la información que conociera acerca de la enfermedad de su pareja y la tercera con 17 preguntas

abiertas. La versión “B”, dirigida a la mujer, estaba compuesta también de tres secciones: la primera de datos generales, la segunda para completar con información específica acerca del tipo de cáncer, etapa en que fue diagnosticado y tratamiento administrado, y la tercera de 24 preguntas abiertas. Ambas versiones para ser contestadas con papel y lápiz.

A continuación se señalan los aspectos que cada una de las preguntas exploraba:

- Cogniciones - preguntas 1, 5 y 6 en la versión “A”, (2, 6 y 7 en la versión “B”).
- Emociones - preguntas 2 y 6 en la versión “A”, (3 y 7 en la versión “B”).
- Reacciones ante el diagnóstico - pregunta 3 en la versión “A”, (4 en la versión “B”).
- Creencias sobre la enfermedad - pregunta 4 en la versión “A”, (5 en la versión “B”).
- Dificultades enfrentadas - pregunta 7 en la versión “A”, (8 en la versión “B”).
- Tipos de apoyo - preguntas 8, 10 y 11 en la versión “A”, (10, 11 14 y 15 en la versión “B”).
- Estilos de afrontamiento – pregunta 12 en la versión “A”, (17 en la versión “B”).
- Relación de pareja - preguntas 13 y 14 en la versión “A” (18 y 19 en la versión “B”).
- Trascendencia – 15 y 16 en la versión “A”, (21, 22 y 23 en la versión “B”).

En la versión “B” del cuestionario, además, se exploraban otros aspectos:

- Forma de diagnóstico - (1)
- Cambios personales - (20)
- Creencias religiosas o filosóficas - (13)
- Apoyo brindado a la pareja o familia - (14)

De acuerdo con el Código de Ética del Psicólogo, el cuestionario incluía una breve presentación, donde se daba a conocer a los participantes el propósito de la

investigación, así como el uso que se daría a la información, además de garantizarles el anonimato. Para salvaguardar la identidad de los participantes se cambiaron los nombres.

Con una de las parejas, además, se realizó una entrevista a profundidad. Se llevó a cabo en una cafetería del sur de la ciudad de México, donde las condiciones de comodidad y privacidad fueron las adecuadas para tal fin. Lupita y Enrique llegaron puntualmente y después de los saludos se les explicó el propósito de la investigación; se les aseguró que la información que proporcionaran se trataría de manera anónima. Asimismo se les informó que dicha información podría ser publicada. Ellos estuvieron de acuerdo y dieron su autorización. En este caso la paciente ha sido declarada superviviente de cáncer y la información proporcionada permitió conocer de manera más cercana las dificultades que enfrentaron, así como las fortalezas que les permitieron superar la enfermedad juntos.

Las otras tres mujeres que participaron en el estudio se encuentran todavía en tratamiento. Dos de ellas tuvieron cáncer ductal infiltrante y concluyeron con la quimioterapia y radioterapia, pero continuarán con hormonoterapia durante 5 años. La otra paciente se encuentra en tratamiento con quimioterapia y continuará con hormonoterapia también durante cinco años.

Las parejas participantes fueron:

- Lupita y Enrique.
- Ana y Ricardo.
- Silvia y Javier.
- Rosa y Carlos.

### **Segunda fase de la investigación**

La segunda fase estuvo dirigida a hombres, exclusivamente. En este caso era indistinto si habían vivido o no la experiencia de que su pareja, algún familiar o amistad tuviera cáncer de mama. Para explorar la imagen corporal, significado del

cáncer de mama, cogniciones sobre el cáncer de mama, creencias acerca de la enfermedad, el árbol familiar vinculado a las mujeres, vida en pareja, dificultades que enfrenta el hombre cuando su pareja tiene cáncer de mama, apoyo hacia la mujer y estilos de afrontamiento, se diseñó un cuestionario mixto que incluía preguntas cerradas, abiertas y de jerarquización.

En la presentación del instrumento se les explicó la finalidad de la investigación y se les aseguró que los datos que proporcionaran se tratarían de manera anónima y estadística. Se solicitó a los participantes que respondieran al cuestionario con lápiz y papel.

## CAPITULO 4. RESULTADOS

### 4.1 Primera fase

Como ya se explicó en el capítulo anterior, la primera fase de esta investigación se enfoca en cuatro parejas que han vivido el proceso del cáncer de mama. En ella se exploran las cogniciones, emociones, reacciones ante el diagnóstico, creencias sobre la enfermedad, dificultades encontradas, apoyos brindados a la pareja, estilos de afrontamiento, relación de pareja y trascendencia.

#### 4.1.1 Descripción de los informantes

La edad promedio de las mujeres es de 57 años y la de los hombres de 61 años (ver Tabla 4).

Tabla 4  
*Edad de los informantes*

Mujeres	Edad	Hombres	Edad
<b>Lupita</b>	62	<b>Enrique</b>	68
<b>Ana</b>	64	<b>Ricardo</b>	67
<b>Silvia</b>	51	<b>Javier</b>	49
<b>Rosa</b>	50	<b>Carlos</b>	50

La escolaridad de los participantes es, predominantemente, de nivel superior, ya sea licenciatura o ingeniería y carreras técnicas; sólo una persona tiene estudios de preparatoria (ver Tabla 5).

Tabla 5  
*Grado escolar de los informantes*

Mujeres	Escolaridad	Hombres	Escolaridad
<b>Lupita</b>	Técnico en trabajo social	<b>Enrique</b>	Carrera técnica
<b>Ana</b>	Preparatoria	<b>Ricardo</b>	Licenciatura
<b>Silvia</b>	Licenciatura	<b>Javier</b>	Licenciatura
<b>Rosa</b>	Licenciatura	<b>Carlos</b>	Ingeniería



En cuanto al estado civil de estas parejas, tres están casadas y una no respondió (ver Tabla 6).

Tabla 6  
*Estado civil de las parejas*

<b>Pareja</b>	<b>Estado civil</b>
<b>Lupita y Enrique</b>	Casados
<b>Ana y Ricardo</b>	Casados
<b>Silvia y Javier</b>	No respondieron
<b>Rosa y Carlos</b>	Casados

Las cuatro parejas informantes tienen hijos mayores de edad. Dos parejas tienen cuatro hijos, una pareja tres, de matrimonios anteriores y la otra pareja tiene dos hijos (ver Tabla 7).

Tabla 7  
*Edades de los hijos*

<b>Pareja</b>	<b>Edades de los hijos</b>
<b>Lupita y Enrique</b>	41, 39, 29, 27
<b>Ana y Ricardo</b>	38, 36, 31, 28
<b>Silvia y Javier</b>	34, 26 y 24
<b>Rosa y Carlos</b>	25 y 21

Por lo que se refiere a la ocupación, sólo una de las mujeres trabaja fuera de casa pues, aún cuando Lupita se reconoce como trabajadora social, ya se encuentra jubilada. De manera contrastante, sólo uno de los hombres está jubilado (ver Tabla 8).

Tabla 8  
*Ocupación de los informantes*

<b>Mujeres</b>	<b>Ocupación</b>	<b>Hombres</b>	<b>Ocupación</b>
<b>Lupita</b>	trabajadora social	<b>Enrique</b>	ceramista escultor
<b>Ana</b>	hogar	<b>Ricardo</b>	jubilado
<b>Silvia</b>	empleada federal	<b>Javier</b>	microempresario
<b>Rosa</b>	ama de casa	<b>Carlos</b>	ingeniero eléctrico

Todas las parejas han mantenido una relación estable durante muchos años. El tiempo que estas parejas llevan en su relación varía de 15 a 42 años (ver Tabla 9).

Tabla 9  
*Duración de la relación de pareja*

<b>Pareja</b>	<b>Tiempo relación</b>	<b>de</b>
<b>Lupita y Enrique</b>	42 años	
<b>Ana y Ricardo</b>	41 años	
<b>Silvia y Javier</b>	15 años	
<b>Rosa y Carlos</b>	34 años	

## 4.1.2 Entrevistas con los informantes

### 4.1.2.1 Lupita y Enrique, resiliencia ante la adversidad

*En el camino, las personas que tenemos cáncer nos vemos, nos reconocemos, nos tomamos de la mano, nos apoyamos, y seguimos adelante.*  
Lupita

Lupita tiene 62 años, estudió la carrera técnica de Trabajo Social. Está casada y tiene cuatro hijos, de 41, 39, 32 y 30 años respectivamente, todos casados y con hijos propios. Tiene 42 años en su relación de pareja.

En su familia hay predisposición al cáncer; tres de cuatro hermanas lo han padecido. Una de ellas falleció por complicaciones durante la administración de quimioterapia para combatir el cáncer de mama, otra hermana tiene cáncer de útero y Lupita es superviviente de cáncer de mama.

#### **Cuando el tiempo se detiene**

Lupita tuvo cáncer infiltrante, diagnosticado en etapa II, a través de una revisión médica de rutina en consulta de climaterio y una mastografía. Lupita refiere que el diagnóstico no le extrañó, *“cuando iba rumbo al hospital, yo pensaba que era casi seguro que el resultado fuera positivo, así que cuando el médico me dio la noticia yo pensé ‘ya lo sabía’*. Al enterarse del diagnóstico Lupita pensó que *“después de tanto estarme cuidando y evitándolo por fin había llegado. Ahora se dice que el cáncer es curable si se detecta a tiempo, pero antes decir cáncer era igual a muerte. Eso provocaba mucho miedo... No dije nada. Aunque esperaba la noticia fue un gran impacto que me dejó helada”*. Lupita cree que en su cáncer *“existen varios factores genéticos, personales, sociales y ambientales que influyeron”*.

Su mayor preocupación al enterarse que tenía cáncer fueron *“mis hijos, mi esposo, mi familia. Lo primero que uno piensa es en los hijos. Los hombres piensan en su mujer, y se preocupan por ella antes que por los hijos. En cambio*

*las mujeres pensamos primero en los hijos. Me preocupaba que me necesitaran, pues tenía nietos pequeños”.*

Como muchas otras mujeres que pasan por el proceso del cáncer, Lupita tuvo que mostrarse fuerte durante su enfermedad ante su pareja y familiares, especialmente ante sus hijas, ya que *“siempre me han visto como una mujer fuerte, luchadora, que le da la cara a la adversidad”.*

*El día en que me dieron el diagnóstico de cáncer de mama me acompañó al hospital mi hija menor. Había muchas personas enfermas en ese lugar y también mucho dolor en sus rostros. Ella miraba alrededor y después me miraba. Yo estaba aparentemente tranquila. Cuando el médico me confirmó que era cáncer no dije nada, me quedé impávida, inexpresiva. Al salir mi hija me dijo angustiada “mamá, es cáncer” y yo le contesté “si, pero no hay problema, lo vamos a vencer”. Durante muchos años mis hijas me habían visto como una mujer segura y fuerte, no podía actuar de otra manera. Así que me mantuve fuerte frente a ellas, pero en mi interior tenía la necesidad de expresar lo que sentía. Me ponía una máscara de serenidad, mientras en el interior había un torbellino y necesitaba hablar con alguien de lo que me pasaba.*

Refiere que sintió *“miedo e ira”* al conocer el diagnóstico, pero lo que hizo fue, *“hablarle a Jesús, le grité, le reclamé, le pregunté ¿Por qué a mí? y después me dispuse a fortalecerme, a ponerme en las manos de Dios, a seguir adelante”.*

### **Una ardua lucha**

El médico programó una cirugía de la mama izquierda y un protocolo de quimioterapia y radioterapia que iniciaría dos meses después de la cirugía. Se le practicó mastectomía radical de la mama izquierda con extracción de 18 ganglios linfáticos del brazo.

Cuando Lupita regresó al hospital, después de la cirugía, los médicos encontraron que los bordes sólo habían crecido dos milímetros, contra todo lo esperado, por lo que no se le administró quimioterapia ni radiación. Sin embargo, tiene revisiones cada seis meses, ya que aparecen nuevos tumores en diversas partes del cuerpo. Los médicos conocen la localización y tamaño y hacen un seguimiento de cada uno de ellos, así como de los nuevos que aparecen entre una consulta y otra. Recientemente le apareció un nuevo tumor y el médico decidió retirarlo, pero al extirparlo se ramificó, afortunadamente han resultado benignos, por lo que se encuentra en observación.

La parte del proceso de la enfermedad que fue más difícil para Lupita fue *“posterior a la cirugía, verme sin un seno, adaptarme a la prótesis”*.

Han pasado 13 años desde la cirugía y cuatro desde que la declararon superviviente de cáncer. Usualmente una paciente se considera superviviente a los cinco años después del diagnóstico.

### **Terapias alternativas**

Además de su tratamiento médico, Lupita utilizó terapias complementarias, tales como *“medicina holística, utilizar mi autovacuna, cuidar mi alimentación, sobre todo la oración personal y de mucha gente que oro por mí”*.

### **Extendiendo las redes de apoyo**

Lupita participó en terapia grupal durante un año y después coordinó un grupo de apoyo emocional durante cinco años.

*Recordé que como trabajadora social pasé muchos años diciendo a las personas que buscaran a alguien que tuviera el mismo problema, con quien pudieran hablar de igual a igual, alguien que pudiera entenderlos para que pudieran llorar, gritar, manifestar su enojo o lo que sintieran. Entonces decidí aplicar a mi vida lo que durante tanto tiempo recomendé a otras personas.*

*En el hospital donde me atendieron, una de las doctoras con mayor experiencia formó un grupo de autoayuda y allí encontré el apoyo que necesitaba. La doctora, que había pasado también por la experiencia del cáncer de mama, tenía los conocimientos y la sensibilidad para ayudar a otras mujeres; ofrecía pláticas sobre el cáncer y nos alentaba a informarnos mejor. Nos decía que ya que teníamos que luchar contra el cáncer debíamos leer para conocer mejor al enemigo. Allí encontré un lugar apropiado para hablar de lo que me pasaba y escuchar a otras mujeres, para aprender a expresar libremente el dolor. Conocí el grupo RETO que también está integrado por pacientes de cáncer de seno. Durante un año asistí a las reuniones y después sentí el deseo de ayudar a otras personas, para devolver algo de lo que yo había recibido.*

*Una doctora que había sido mi jefa en la dependencia donde trabajé me llamó cuando supo lo que me pasaba y me ofreció ayuda. Como ella tiene una clínica de medicina científica y humana para pacientes con enfermedades crónicas, le pedí la oportunidad de formar un grupo de autoayuda. Le expliqué que sentía la necesidad de apoyar a otras personas que pasaban por la misma situación, y me ofreció las instalaciones. Invitamos a personas que cursaran con cáncer e integramos un grupo. La doctora también nos daba pláticas e invitó a psicólogos, terapeutas y médicos oncólogos a apoyarnos. Fue un grupo muy especial, muy apapachado, donde encontré lo que necesitaba: darle sentido a lo que me tocaba vivir.*

*Como trabajadora social recuperé la experiencia que me dejó trabajar con Alcohólicos Anónimos durante treinta años para aplicarlo en mi vida, y para transmitir esa experiencia a las personas que asistían al grupo. Recordé los doce pasos, las doce tradiciones, empecé a aceptar que hay cosas que puedo hacer y otras que no, a aceptar la derrota, a aceptar que una enfermedad está en mi cuerpo e intentar sacarla. Sé*

*que me encuentro en la última etapa de mi ciclo vital, después ya no hay más, por eso trato de vivir y de disfrutar plenamente lo que me toca vivir, como venga y con lo que venga.*

### **Día a día**

Otra terapia a la que recurrió Lupita fue escribir. La doctora le dijo que si escribía sobre el cáncer aprendería a “domesticarlo”, así que cuando tuvo que permanecer inmovilizada por seis meses a causa de una fractura de tobillo “...empecé a escribir acerca del cáncer. Hice un cuaderno de reflexiones de 365 días donde fui relatando la experiencia que tuve. A veces se lo presto a otras mujeres que están pasando por lo mismo, lo escribí para ayudar a quien lo necesite”.

### **Dios, concédeme serenidad...**

Además de su tratamiento médico, Lupita se apoyó en sus creencias religiosas “...soy Católica, Apostólica Romana, confiar en Dios, en María como padres y sobre todo en Jesús Xto. Acercarme a Él en su humanidad”. Fue en su religión donde Lupita encontró la fortaleza para salir adelante, “contar con guía espiritual ayudo mucho”.

*He pensado que si Dios me dejó vivir debe haber una razón para ello. Durante mucho tiempo me pregunté ¿por qué a mí? Ahora ya no pregunto los ¿por qué?, sino los ¿para qué? Muchas veces me pregunto ¿Para qué sobreviví al cáncer? ¿Cuál es la misión que Dios me encomendó? Creo que es para ayudar a otras mujeres a superar su proceso de cáncer.*

*Algo que me ayudó mucho fue una oración que repetía y repito continuamente: Dios concédeme serenidad para aceptar las cosas que no puedo cambiar, valor para cambiar las que puedo y sabiduría para reconocer la diferencia.*

*Siento que Jesús está cerca y me apoyo en él cada vez que lo necesito, es mi gran compañero.*

Lupita reconoce que durante todo el proceso del cáncer “*tenía la seguridad de que algo bueno vendría más adelante*”.

### **Una experiencia poco común**

Hace 34 años que Lupita tuvo una experiencia que influyó grandemente en su manera de ver la vida.

*Un día empecé con dolores muy intensos en el vientre, sentía que me moría y Enrique me llevó a urgencias. En el hospital tuve una hemorragia y el médico me dijo que mi vida estaba en peligro y que tenía que operarme. Tenía un embarazo extrauterino y me operaron de emergencia.*

Durante la intervención quirúrgica el anestesiólogo le explicó que había un nuevo anestésico en fase experimental y le propuso utilizarlo durante la cirugía. Como le dijo que sólo suspendía las funciones y podía estar consciente durante la operación, aceptó. Y en efecto, pudo conversar con el cirujano acerca de su trabajo en la Secretaría de Salud.

*El cirujano me dijo que el útero estaba muy dañado, que era necesario reconstruirlo y que me iba a dejar bien. Entonces recuerdo que miré fijamente al doctor y me desvanecí. Cuando desperté el anestesiólogo tenía una de mis manos entre las suyas y me preguntó qué recordaba. Yo le platiqué lo que creía había sido un sueño en el que un anciano me preguntaba que hacía ahí y si quería quedarme en ese lugar. Yo respondía que quería regresar con mis hijos, y me dijo ‘entonces lucha por tu vida’. Recuerdo que en ese sueño veía muchas luces y corría dando vueltas. Entonces desperté. El doctor me dijo que lo primero que pronuncié fue el nombre de mis hijos, que en ese tiempo eran muy*



*pequeños y sólo eran dos, Entonces me explicó que había tenido un paro respiratorio y que me habían declarado muerta.*

Los médicos no se explicaban cómo fue que volvió a respirar, estaban muy asombrados. Entonces le aplicaron anestesia general para terminar la cirugía. El hecho de haberle administrado dos tipos de anestesia y el paro respiratorio que tuvo hizo que permaneciera en terapia intensiva y que estuviera muy vigilada por el personal médico. Además del útero, estaba muy dañada la trompa de Falopio y el médico la retiró, así como el ovario, ya que tenía muchos quistes. El médico le dijo que no se preocupara, porque no se iba a volver a embarazar, “*pero se equivocó, me dejó tan bien que después tuve otros dos hijos*”.

Es a esta experiencia a la que Lupita se refiere cuando dice que hay un “*para qué*” en su vida. Con el tiempo, las situaciones y experiencias de vida, lo ha entendido.

### **Las pérdidas**

Una de las cosas que Lupita extraña más es su independencia.

*Hay muchas cosas que ya no puedo hacer y he tenido que adaptarme. Por ejemplo, ya no puedo invitar a la familia o a los amigos a casa, como antes. Ahora tengo que ponerme de acuerdo con mis hijos para que me ayuden a cocinar, a poner las sillas, a atender a los invitados. He aprendido a aceptar que ya no puedo hacer algunas cosas y no intento hacerlas. Si se me caen las cosas... no me preocupo, alguien las levantará. He perdido fuerza en el dedo pulgar de la mano derecha, debido a un esguince provocado por una caída posterior. A veces no puedo moverlo ni sujetar las cosas.*

*La doctora me dice que por mis condiciones de salud tendría que limitar mi movilidad a unos quinientos metros alrededor de mi casa; sólo ir a la tienda, caminar un poco por la colonia y regresar, pero sabe que para mí sería muy difícil estar enclaustrada.*

*Mi problema de las carótidas me ha provocado envejecimiento prematuro; tengo 62 años, pero mi estado de salud me ha añadido 25 años más. A veces me mareo debido al vértigo, pero lo tomo con humor: le digo a la doctora que volteo a ver dónde está el muchacho más guapo y antes de caerme le pido apoyo y lo tomo del brazo para continuar mi camino. Yo no quiero ser únicamente superviviente de cáncer ¡Quiero vivir! ¡Sentirme viva! y disfrutar todo lo que me toca vivir.*

### **Tomados de la mano**

Por lo que respecta a su relación de pareja, Lupita refiere que ella y su esposo se enfrentaron al cáncer “...juntos, tomados de la mano, aceptando lo que vino y como venía”. La reacción de su esposo ante el diagnóstico de cáncer fue “...de incondicional y total apoyo, llorar juntos nos ayudó mucho”.

La manera en que su esposo le apoyó durante el proceso de la enfermedad fue “de acompañamiento, de respeto, y sobre todo ayudarme a ver frente al espejo y decirme que seguía siendo bonita”. Asimismo, destaca que “...el que siga a mi lado me confirma que me ama”.

Lupita relata como un hecho significativo la actitud de su esposo, después de la cirugía.

*La doctora que coordinaba el grupo de apoyo al que asistí un tiempo nos dijo en una de las sesiones que no tuviéramos miedo al espejo. Que nos miráramos, pero no con un sentimiento de pérdida, sino reconociendo cómo es nuestro cuerpo ahora, desde todos los ángulos, para decir éste es el lado de mi cuerpo donde todavía tengo la mama, éste es el lado donde me operaron, ahora soy así... Yo le platiqué a Enrique lo que nos dijo la doctora y un día, cuando regresé a casa me llevé una gran sorpresa ¡había espejos por todas partes! Él me dijo ¡Mírate, tú eres bonita! ¡Eres bonita! Eso me ayudó mucho a aceptarme como soy ahora.*

No hay algo en especial que le hubiera gustado escuchar de su pareja mientras estuvo enferma, ya que *“...he aprendido a recibir de él lo que quiere y puede darme, y estoy en el proceso de aprender a pedirle y decirle lo que quiero, y aceptar lo que él [me] da.”*

El aspecto de su relación de pareja que se vio más afectado por el proceso y tratamiento del cáncer fue *“la parte sexual, pero curiosamente mejoro mucho la comunicación y la aceptación mutua”*. Considera que su relación de pareja se encuentra *“...en un momento de maduración, de reencuentro”*.

A las parejas que pasan por la experiencia del cáncer de mama Lupita les recomienda *“que sean sinceros, honestos consigo mismos y con su pareja, que no pierdan oportunidad de decirse que se aman, eso nunca sobra y hace mucho bien”*.

Del mismo modo, a los hombres cuyas parejas cursan con cáncer de mama les sugiere *“que se sientan orgullosos de sí mismos y de la mujer con la que comparten la vida, que se amen hasta morir”*.

### **Los múltiples aprendizajes**

Lupita piensa que la experiencia del cáncer la hizo fuerte, *“creo que soy una guerrera, antes no decidía, no sabía enfrentar muchas cosas, ahora sí hago lo que quiero y digo las cosas. Ahora me digo voy a tratar de darme cuenta para qué es esto. Ahora sé que es mi cuerpo y yo decido. Es mi vida yo la controlo”*.

Después de pasar por la experiencia del cáncer Lupita se considera *“...más humana, más espiritual, pero sobre todo más solidaria”*.

*Algunas personas me dicen que estoy loca cuando escuchan que le doy las gracias al cáncer porque me ayudó a crecer, porque me ayudó a decir ¡Estoy viva! Me enseñó muchas cosas. Esto me ha dejado ver más allá. En lugar de decir ¿Por qué? dices ¿Para qué? y miras más*

*allá de lo que tienes enfrente. Estoy aprendiendo a no preocuparme ni dejar a un lado, sino a ocuparme, atenderlo y resolverlo.*

Lupita les recomienda a otras mujeres que pasan por la misma experiencia *“que si sienten miedo, no se queden con él, que lo utilicen como un impulso para seguir adelante, que pasen del ¿Por qué? al ¿Para qué? que si sienten ira griten, lloren, pero después lo transformen en coraje para afrontar lo que sigue, con la confianza de que para algo bueno ha de ser”*.

Después de pasar por la experiencia de padecer cáncer de mama Lupita les recomienda a otras mujeres que pasan por la misma experiencia *“conocer de qué se trata, leer todo lo que puedan acerca del cáncer y sobre todo utilizar sus redes de apoyo. Conocer, informarse, saber sobre el cáncer ayuda y da seguridad, pedir ayuda y apoyo a quien sabe más es bueno, hablar en un grupo de autoayuda con otro que nos entiende de igual a igual es doblemente bueno. Yo digo este pensamiento: En el camino las personas que tenemos cáncer nos vemos, nos reconocemos, nos tomamos de la mano, nos apoyamos y seguimos adelante. Dios nos ama”*. Cabe mencionar que este pensamiento, junto al que anota el teléfono donde pueden localizarla si requieren de apoyo, es el que Lupita entrega a las mujeres que identifica como pacientes oncológicas en el transporte o en otros espacios públicos.

Lupita desea que su experiencia con el cáncer sea útil a otras personas, quiere *“trascender”*, ese es su *“para qué”*.

### **Heridas de guerra**

Enrique tiene 68 años, es ceramista escultor, casado, con cuatro hijos de 41, 39, 32 Y 30 años. Lleva 42 años en su relación de pareja. Sabe que su esposa padeció *“un cáncer radical, localizado por medio de estudios, después que se detectó manualmente y maligno en su totalidad si se deja, no hay que dejar pasar el tiempo con terapias alternativas”*.

Enrique refiere que cuando se enteró de que Lupita tenía cáncer sintió *“impotencia momentánea y molestia, por ver la enfermedad en un familiar”*. Pero decidió *“apoyarla y no ver lo que sucedió con el familiar (se refiere a la hermana de Lupita que falleció durante la quimioterapia)*. Su mayor preocupación al enterarse que Lupita tenía cáncer fue *“que se sintiera apoyada”*. Para Enrique la parte más difícil del proceso fue *“la operación en sí”*.

Cuando habla de las dificultades que los hombres enfrentan al ver a su esposa enferma, Enrique menciona que *“a los hombres no les agrada la cicatriz que queda después de una mastectomía”*. Las mujeres ya no son *“atrayentes”* para ellos. Enrique cree que el dolor de ver a su pareja enferma es muy grande, por lo que muchos hombres no soportan ver a la mujer cuando sale de la operación; pero hay otras situaciones difíciles, una de ellas es que los médicos dejan una cánula para drenar un líquido amarillento con un olor característico que hace suponer al hombre *“que la mujer se está pudriendo por dentro”*. El cáncer *“huele a podrido”*.

Enrique cree que se le desarrolló el cáncer a Lupita *“por predisposición genética reforzada por situaciones psicológicas”*.

También refiere que la incertidumbre es muy grande. El pensamiento *“nunca se va a recuperar”* era lo que le infundía el mayor temor. Sin embargo, una vez superada la parte más difícil del proceso afirma que encuentra en Lupita *“una madurez que me agrada, me gusta físicamente. Cuando era joven era guapa, pero ahora es más bonita”*.

Durante el proceso de la enfermedad de su esposa le acompañó *“el pensamiento de la oración, como yo la concibo”* y una vez superada esa experiencia, algo que a Enrique le hubiera gustado decir mientras Lupita estuvo enferma es *“que la amaba”*.

Por lo que refiere al apoyo brindado a su esposa Enrique refiere *“la sigo apoyando en lo que está a mi alcance”*. El momento que considera más significativo, en relación con el apoyo que brindó a su pareja fue *“seguirla viendo como la conocí”*.

El aspecto más afectado de su relación de pareja fue *“la sexualidad, no como física sino como psicológica”*, aunque Enrique refiere que después del cáncer no se produjo ningún cambio en su relación de pareja.

Aunque resulte extraño, él *“desea que ella muera primero, porque no quiere imaginar que se quede sola”* y explica que sus hijos ya tienen su propia familia y no podrían darle las atenciones que necesita. Esta pareja habla con mucha naturalidad de la muerte, es evidente que es un tema que han tratado con profundidad. Tal vez influye el que Lupita tomó un diplomado en tanatología y durante muchos años ha ayudado a las personas en el proceso del cáncer y la muerte.

Lo que Enrique sugiere a otras parejas que pasan por la misma experiencia es *“tenerse confianza entre los dos”*. En especial, a los hombres les sugiere *“nunca demostrar el miedo que se tiene, demostrar confianza en las reacciones de su pareja y aceptar como vengan las cosas sin dar vuelta o cobardía”*. Asimismo recomienda *“tener fe en ese algo intangible que nos da la vida, que es la magia de la vida”*.

#### 4.1.2.2 Ana y Ricardo, el apego seguro

Ana tiene 64 años, estudio hasta la preparatoria, está casada y tiene cuatro hijos de 38, 36, 31 y 28 años, respectivamente. Se ocupa del hogar. Lleva 41 años en su relación de pareja.

Ana fue diagnosticada con un carcinoma ductal infiltrante, a partir de una revisión médica de rutina y después por mastografía. Se comprobó la malignidad por medio de una biopsia. Se le programó una cuarentomía derecha con disección ganglionar de mama, así como un protocolo de 6 ciclos de quimioterapia, hormonoterapia (Letrosol por 5 años) y 25 sesiones de radiación. Terminó su tratamiento hace 5 meses.

Además de su tratamiento médico *“una psicóloga platicó con nosotros”*. No utilizó ninguna terapia complementaria, pero se apoyó en sus creencias religiosas: *“sólo mi Dios me dio la vida otra vez”*.

Cuando se enteró del diagnóstico pensó *“que era una prueba de vida”*. Sintió una gran *“tristeza”* y lo que hizo fue *“llorar”*. *“Recibimos juntos la noticia, nos abrazamos. Lloramos, me dijo que siempre estaría conmigo apoyándome y después mis hijos que me amaban mucho y que contara con ellos”*. Al enterarse del diagnóstico su mayor preocupación fue *“mi familia”*. Ella cree que se le desarrolló el cáncer *“porque el cuerpo es frágil”*.

El pensamiento que la acompañó durante todo el proceso del cáncer fue *“que primero Dios saldría adelante”*. La parte del proceso de la enfermedad que fue más difícil para ella fue *“todo el tratamiento, sobre todo las quimios”*.

Su esposo estuvo *“siempre conmigo, en todo momento”*. *“siempre me apoyó”*. Al igual que muchas otras mujeres, Ana tuvo que brindar apoyo y mostrarse fuerte durante su enfermedad ante su pareja y familiares.

Ana y Ricardo se enfrentaron al cáncer *“siempre juntos”*. No hay algo que le hubiera gustado escuchar de su pareja, mientras estuvo enferma, ya que *“desde la*

*primera vez me dijo que me amaba*". No identifica aspectos de su relación de pareja que se hayan visto afectados, *"al contrario nos amamos cada día más"*. Asimismo, no identifica ningún cambio en su relación de pareja después del cáncer. En el plano personal, después de pasar por la experiencia del cáncer dice: *"amo más la vida"*.

Después de esta experiencia Ana les recomienda a otras mujeres que pasan por la misma enfermedad es *"que tengan mucha fe, que Dios nunca nos abandona, da su vida por sus hijas"*. A las parejas que pasan por la misma experiencia les recuerda *"que el amor y la fe lo vencen todo"*. Asimismo, a los hombres cuya pareja cursa con cáncer de mama les recuerda *"que es el momento que más apoyo y amor necesitamos"*.

Un aspecto muy importante que Ana quiere enfatizar es el siguiente: *"que los doctores y doctoras sean más humanos al dar esas noticias y sobre todo en el proceso del tratamiento. Sobre todo las doctoras, como mujeres nos deben apoyar más y no ser inconscientes"*.

Ricardo tiene 67 años, estudió licenciatura, es casado con cuatro hijos de 38, 36, 31 y 28 años, respectivamente. Está jubilado y lleva 41 años en su relación de pareja.

Él sabe que el cáncer *"es una enfermedad, que no es contagiosa y de no atenderse oportunamente puede causar la muerte"*. Enterarse que su esposa tenía cáncer fue *"una impresión muy fuerte, y pensé poner todo de mi parte para ayudarla"*. Lo que sintió fue *"tristeza, dolor, impotencia"*. Lo que hizo fue *"acudir con una psicóloga, pedir información a un oncólogo y pedir otra opinión médica. Después de hablar con la psicóloga, nos serenamos un poco y lo platicamos con nuestros hijos, quienes nos apoyaron totalmente"*. De esta manera pudieron enfrentar el cáncer. El señor no necesitó de mayor apoyo psicológico durante el periodo que su pareja estuvo enferma de cáncer.



Ricardo desconoce por qué se le desarrolló el cáncer a su pareja, pero su mayor preocupación al enterarse fue *“el no sentirme capaz de apoyarla”* y a lo largo de todo el proceso del cáncer le acompañó *“la preocupación de no apoyarla lo necesario”*.

Lo más difícil para él fue *“cuando le hicieron la cirugía”* y la forma en que apoyó a su esposa durante el proceso de la enfermedad fue *“estar al lado de ella en todo momento, hacerla sentir que cuenta conmigo”*.

*“Cuando el oncólogo nos dijo que tenía un 95% de posibilidades de curarse”* fue el momento más significativo de todo el proceso.

Una vez superada esa experiencia, no hay algo que le hubiera gustado hacer o decir mientras su pareja estuvo enferma ya que *“...creo que nos dijimos todo, y durante todo el tratamiento la acompañé”*. La enfermedad de su esposa no afectó su relación de pareja, *“no hubo cambios negativos, nos unimos más”*. Lo que Ricardo recomendaría a otras parejas que pasan por la misma experiencia es *“que se apoyen y busquen juntos el apoyo y comprensión de la familia”*. A los hombres, de manera especial, les explica *“que son momentos críticos para las mujeres y es cuando más nos necesitan y que esperan de nosotros un apoyo moral y físico”*.

Un aspecto muy importante que Ricardo quiere enfatizar es el siguiente: *“el momento crítico es cuando el oncólogo les dice que tienen cáncer, lo hacen con mucha frialdad, sin tomar en cuenta lo que la paciente siente en ese momento, se entra en un estado de shock. Creo que los médicos deben tener mucho tacto para dar esos diagnósticos y explicar con términos sencillos qué van a hacer para ayudar a las pacientes”*.

#### 4.1.2.3 Silvia y Javier, la autoimagen positiva

Silvia tiene 51 años, estudió licenciatura y es empleada federal; tiene un hijo de 34 años y lleva 15 años en su relación de pareja actual.

Silvia tuvo carcinoma ductal infiltrante, diagnosticado por medio de una revisión médica de rutina y mastografía. Cuando le dieron el diagnóstico pensó “...*que tenía muchas cosas por hacer antes de empezar con el tratamiento*”. La invadió el “*miedo e incredulidad*”, por lo que “*buscaron una segunda opinión*”. Silvia considera que el cáncer tiene relación con la herencia familiar, ya que “*mi abuelita murió de cáncer de mama cuando tenía 52 años, hace casi 55 años*”. Ante el diagnóstico del cáncer la reacción de su pareja fue “*de esperanza y confianza de que todo estaría bien*”.

El tratamiento consistió en mastectomía radical modificada, seis ciclos de quimioterapia y 25 sesiones de radioterapia. Además le programaron Letrozol por 5 años. Actualmente continúa con la hormonoterapia. Lo más difícil del tratamiento fue “*la mastectomía*”.

Su mayor preocupación al enterarse que tenía cáncer fue “*mi hijo, mi madre y mis nietos*”. Durante el proceso del cáncer confiaba “*en que yo estaba muy bien, ya que siempre practiqué mucho ejercicio y mi alimentación era buena, ahora mi cuerpo tenía que responder positivamente, y así lo hizo*”.

La manera en que Silvia enfrentó el cáncer fue “*con mucha confianza en los doctores y en las instituciones, además de tener seguridad en mi cuerpo ya que siempre lo traté muy bien*”. Durante su tratamiento Silvia no recibió apoyo psicológico “...*sólo el que yo me daba con pensamientos positivos y queriéndome más*”. Como muchas otras mujeres que cursan con cáncer tuvo que brindar apoyo y mostrarse fuerte ante sus familiares. Además de su tratamiento médico, se apoyó en el positivismo.

Durante el proceso de la enfermedad su esposo le apoyó “*con mucho amor y comentarios positivos ‘que guapa, te amo, todo va bien’ y cosas así, además de*

*económicamente*". Silvia considera que el apoyo más significativo que le brindó su pareja fue en el aspecto "sexual", ya que fue uno de los más afectados "temporalmente", así como "la economía". Comenta que mientras estuvo enferma le hubiera gustado escuchar de su pareja "...tal vez que se quejara, porque nunca escuche una queja o un comentario de miedo o desconfianza". Entre los cambios que se produjeron en su relación de pareja Silvia menciona "somos más tolerantes y sabemos que contamos el uno con el otro".

En lo personal, Silvia considera que nada cambió después de pasar por la experiencia del cáncer "...mi vida sigue igual, mis actividades y mis gustos". Lo que Silvia les recomienda a otras mujeres que pasan por la experiencia del cáncer de mama es:

*Que piensen que ustedes se enfermaron y ustedes tienen que salir adelante, tener confianza en sus cuerpos y sus mentes, y no escuchar jamás otras historia que estén llenas de dolor, casi no hablar de la enfermedad mientras estén en tratamiento, sólo con su médico y familiares muy involucrados y estar tranquilas con pensamientos agradables, eso sí seguir el tratamiento al pie de la letra, y no automedicarse con ningún tratamiento, yerba u lo que sea por muy natural que sea, recuerden que el cianuro es natural y mata, no tomar nada que el médico no indique.*

A las parejas de las mujeres que padecen cáncer de mama Silvia les sugiere "que no tengan miedo, es sólo una enfermedad que si se documenta uno adecuadamente, y no se dejan llevar por los comentarios sin fundamentos, todo saldrá bien, y su esposa o novia, pareja seguirán siendo las mismas. Hasta más amorosas".

Javier tiene 49 años. Es microempresario. Estudió una licenciatura, es casado y tiene dos hijos de 26 y 24 años, respectivamente. Tiene 15 años en su relación de pareja. Sabe que su esposa tuvo carcinoma infiltrante en etapa I.

Cuando se enteró que su pareja tenía cáncer pensó: “que *tendríamos que prepararnos emocional y físicamente para enfrentar la enfermedad y salir adelante*”. Sintió “*tristeza y miedo*” y lo que hizo fue “*arreglar mis servicios médicos y sanear mis finanzas*”. Él cree que el cáncer de su esposa ocurrió “*posiblemente por genética, ya que su abuela materna murió de eso, precisamente*”.

Su mayor preocupación al enterarse que su pareja tenía cáncer fue “*que no tuviera las fuerzas de enfrentarlo*” y la “*incertidumbre*” lo acompañó durante todo el proceso. El momento más difícil fue “*la cirugía*” que sufrió su esposa. El apoyo que le brindó fue tanto “*emocional*” como “*económico*”. No requirió de apoyo psicológico individual o de grupo durante el periodo que su pareja estuvo enferma de cáncer.

Considera que el momento más significativo, en relación con el apoyo que brindó a su pareja fue “*en lo sexual*”. Refiere que, una vez superada la experiencia, no hay algo que le hubiera gustado hacer o decir mientras su pareja estuvo enferma porque “*todo lo exprese en su momento*”.

Relata que él y su esposa se enfrentaron al cáncer de una manera “*valiente y decidida y siempre con la confianza de que saldría todo muy bien*”. Los aspectos de su relación de pareja que se vieron más afectados por el proceso y tratamiento del cáncer fueron el “*sexual y económico*”. Reconoce que en su relación de pareja hubo “*muchos*” cambios, “*pero todos para bien, somos más pacientes el uno con el otro, [hay] más confianza y sobre todo la admiro*”.

Lo que recomienda a otras parejas que pasan por la misma experiencia es “*que lo tomen de la forma más práctica y no de forma dramática*” y a los hombres les sugiere “*que no tengan miedo y sean lo más positivos que puedan, ya que sólo así será una experiencia pasajera*”. Asimismo les sugiere “*que no crean todo lo que los médicos les digan, siempre hay una esperanza, sólo hay que buscarla dentro de uno*”.

#### 4.1.2.4 Rosa y Carlos, la incertidumbre

Rosa tiene 50 años, estudió una licenciatura y está casada. Tiene dos hijos de 25 y 21 años respectivamente. Es ama de casa y lleva 26 años en su relación de pareja.

Le diagnosticaron cáncer lobular infiltrante, en etapa I. Su cáncer fue diagnosticado a partir de una bolita arriba de la mama derecha, que la propia paciente detectó. Actualmente se encuentra en tratamiento. Le practicaron una mastectomía bilateral reconstructiva y está en tratamiento de quimioterapia. Le programaron 16 sesiones, de las cuales ha recibido 9. Posteriormente continuará con un protocolo de hormonoterapia por 5 años. Los médicos no han considerado la radiación.

Cuando se enteró del diagnóstico pensó *“ojalá que fuera en una etapa temprana y me pueda curar como mi hermana gemela que también lo tuvo”*. Entonces la invadió *“el miedo y la incertidumbre al pensar si tenía solución y miedo de dejar a mis hijos. Lo único que quería era curarme”*. Lo que Rosa hizo al enterarse de que tenía cáncer fue *“llorar y hablarle a mi esposo para decirle la noticia. Iba sola a la consulta”*. La reacción de su pareja ante el diagnóstico del cáncer fue de *“miedo y se desesperó por solucionar”*.

Rosa cree que se le desarrolló el cáncer *“por carga genética, ya que cuatro [familiares] cercanos a mí han desarrollado cáncer de mama, incluyendo a mi hermana gemela”*.

Su mayor preocupación al enterarse que tenía cáncer fue *“que el cáncer estuviera en etapa avanzada y que no tuviera solución, por miedo a morir y dejar a mis hijos solos y ya no verlos”*. Rosa refiere *“a veces me invade la nostalgia o la tristeza de saber que estoy en medio de esta situación y el miedo de que aún tenga cáncer. También desesperación de que es muy tardado el tratamiento y ya quiero que acabe”*. Lo que le ha resultado más difícil del tratamiento fueron *“las cirugías”*.

Rosa comenta que su pareja *“me apoyó en todo, económico, emocional, estuvo conmigo en las cirugías y durante la recuperación”*. Ella no ha recibido apoyo psicológico ni terapias complementarias. Sin embargo, ha encontrado fuerza en sus creencias religiosas *“en Dios, confíe en Él. Hacía oraciones”*.

Rosa comenta que como pareja se han enfrentado al cáncer *“con mucha entereza y la firme convicción de que íbamos a salir adelante, pasara lo que pasara”*. Asimismo que ha contado con el apoyo de su esposo en todo momento *“él fue quien tomo la decisión de tratarme en otra ciudad, a pesar de lo que eso implicaba: cambios económicos por viajes y que pidiera permiso en su trabajo para estar conmigo”*. El aspecto de su relación de pareja que se vio más afectado por el proceso y tratamiento del cáncer ha sido *“la relación íntima, porque a veces pues por el dolor de las cirugías y lo cansado de las quimioterapias no podía o no tenía ganas de tener relaciones con mi pareja”*.

Por lo que se refiere a la familia Rosa explica que tuvo que mostrarse fuerte y brindar apoyo emocional *“porque querían que me vieran fuerte para que estuvieran bien y se sintieran seguros”*.

Rosa refiere cambios en su persona después de pasar por la experiencia del cáncer: *“...veo la vida menos superficial, veo y valoro lo que realmente vale la pena y no darle importancia a cosas pequeñitas e insignificantes. Disfrutar la vida”*.

Después de pasar por la experiencia de padecer cáncer de mama Rosa les sugiere a otras mujeres que pasan por la misma experiencia *“que tengan siempre mucha fe, que no abandonen nunca su tratamiento médico y que [lo hagan] con mucho ánimo ya que es la mejor medicina. Cuando estás en la depresión [es] más difícil salir adelante”*. También les recomienda a otras parejas que pasan por la misma experiencia *“que siempre se apoyen”*. Asimismo, les sugiere a los varones *“que no las abandonen, que las apoyen, que es un proceso difícil pero que va a pasar y ya después estará todo bien”*.

Carlos tiene 50 años, es ingeniero eléctrico y está casado. Lleva 34 años en su relación de pareja. Tiene 2 hijos de 25 y 21 años, respectivamente. Sabe que su esposa padece cáncer de mama.

Cuando se enteró que su pareja tenía cáncer pensó: *“Lo peor, en cómo se sentía ella, estar con ella en ese momento, [en] cómo ayudarla”*. Su mayor preocupación fue *“el sufrimiento de ella”*. Le invadió *“la desesperación, la angustia, dudas de lo que nos espera en el futuro”*. Cuando se enteró del diagnóstico *“Salí con ella para apoyarla y no la he dejado hasta hoy”*.

Carlos cree que su esposa padece cáncer de mama *“por genes familiares”*, ya que su hermana también lo padeció. Durante el proceso del cáncer ha mantenido el pensamiento de que Rosa *“... estará bien, tenía de ejemplo a su hermana cuata (ella está bien y tuvo el mismo problema)”*.

Carlos refiere que ha estado *“Siempre con ella, apoyándola, queriéndola aún más”* y que lo más difícil ha sido *“...estar solos sin la familia, durante las quimioterapias”*. Para él lo más significativo, en relación con el apoyo que ha brindado a su pareja fue *“Estar con ella en su recuperación después de las operaciones, cuidarla, ser su enfermero”*.

Carlos no ha requerido de apoyo psicológico individual o de grupo, hasta la fecha. No puede comentar nada acerca de los cambios sufridos en su relación de pareja porque *“ella aún está en tratamiento”*. Sin embargo refiere *“Ahorita la siento un poco distante, se siente muy protegida, cree que la veo como una discapacitada, siente coraje y eso me da sentimiento, desesperación por lo que nos lleva a vernos poco”*.

Carlos refiere que enfrentaron el cáncer con *“...la ayuda de doctores oncólogos (esposo de mi hija y sus jefes del ISSSTE), de la Fundación de Cáncer de Mama y el Seguro Popular”*.

Lo que Carlos recomienda a otras parejas que pasan por la misma experiencia es *“Mucha tranquilidad, amor, comprensión, apoyo total, reunir a la familia”* y a los

hombres les sugiere “*Nunca dejarla sola, aunque ella te lo diga, amarla y apoyarla siempre*”.

## 4.2 Segunda fase

### 4.2.1 Descripción de los participantes

Participaron 105 hombres en el estudio. Sus edades oscilan entre 22 y 73 años de edad. La edad promedio es de 43 años, con una mediana de 46 años y una moda de 54 años. Como se puede observar en la Tabla 10, los cuatro primeros rangos de edad agrupan al 94% de participantes, mientras que sólo hay 5 hombres mayores de sesenta años. Uno no contestó.

Tabla 10

*Edades de los participantes*

Rango de Edad	Frecuencia
21-30	20
31-40	21
41-50	26
51-60	32
61-70	4
71-80	1

El 87% de los participantes cuenta al menos con licenciatura. Los participantes que tienen una escolaridad menor son los de mayor edad, ya que en décadas anteriores los requisitos para ser docente eran distintos, de acuerdo con los diferentes planes de estudio que la Benemérita Escuela Nacional de Maestros ha tenido:

*“A principios de siglo esta carrera se cursaba en dos años..., después se amplió a tres... En 1969 se incrementó a cuatro años la duración de los estudios y se seguía cursando al término de la secundaria. Con el Plan 1975 Reestructurado los maestros egresaban, además, con un certificado de estudios de bachillerato. Fue hasta 1984 cuando se le*



*otorgó el grado de licenciatura, y por lo tanto, se estableció como requisito la acreditación previa del bachillerato” (BENM, página web).*

Actualmente se requiere de licenciatura para ser docente de educación básica. En la Tabla 11 se registra la escolaridad de los participantes.

Tabla 11

*Escolaridad de los participantes*

<b>Escolaridad</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
<b>Doctorado</b>	1	1
<b>Maestría</b>	18	17
<b>Licenciatura</b>	72	69
<b>Preparatoria</b>	8	8
<b>Técnico</b>	3	3
<b>Secundaria</b>	2	2

Por lo que respecta al estado civil, aproximadamente el 74% de los participantes están casados o viven en unión libre, mientras que el 26% son solteros, están separados de su pareja o divorciados (ver Tabla 12).

Tabla 12

*Estado civil de los participantes*

<b>Estado civil</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Soltero</b>	17	16%
<b>Casado</b>	63	60%
<b>Unión libre</b>	15	14%
<b>Divorciado</b>	4	4%
<b>Separado</b>	6	6%

En cuanto al número de hijos, la mayoría tiene uno o dos hijos, o no tiene (ver Tabla 13).

Tabla 13

*Número de hijos*

<b>Número de hijos</b>	<b>Frecuencia</b>
<b>0</b>	24
<b>1</b>	25
<b>2</b>	31
<b>3</b>	14
<b>4</b>	4
<b>5</b>	5
<b>6</b>	1

Las edades de los hijos varían desde 1 hasta 46 años. El mayor número se concentra en los menores de 30 años (ver Tabla 14).

Tabla 14

*Edades de los hijos*

<b>Edades de los hijos</b>	<b>Frecuencia</b>
<b>1 – 10 años</b>	43
<b>11 – 20 años</b>	56
<b>21 – 30 años</b>	48
<b>31 – 40 años</b>	13
<b>41 – 50 años</b>	4

Todos los participantes son empleados federales que laboran en alguno de los niveles del sistema educativo, principalmente en educación básica (Ver Tabla 15).

Tabla 15

*Ocupación de los participantes*

<b>Ocupación</b>	<b>Frecuencia</b>
<b>Docente de educación primaria</b>	100
<b>Director de escuela</b>	2
<b>Supervisor de educación primaria</b>	1
<b>Docente de media superior</b>	1
<b>Profesor investigador</b>	1

La mayoría de los participantes tiene pareja, sólo 11 reportan no tenerla. La mayoría de aquellos que tienen pareja actualmente tiene más de veinte años en su relación (ver tabla 16).

Tabla 16

*Tiempo de su relación de pareja*

<b>Tiempo</b>	<b>Frecuencia</b>
<b>1 – 10 años</b>	37
<b>11 – 20 años</b>	25
<b>21 – 30 años</b>	18
<b>31 – 40 años</b>	7
<b>41 – 50 años</b>	2

## **CAPITULO 5. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES**

El comportamiento influencia un gran número de cánceres, por lo que es fundamental conocer qué tipo de variables psicológicas y sociales diferencian a las mujeres que mantienen comportamientos adecuados de detección precoz de las que no lo hacen (Cruzado, 2002), así como la manera en que la pareja influye en dichos comportamientos. Cada paciente experimenta la enfermedad de manera diferente, de acuerdo al significado que le atribuya, a la etapa de la vida en que se encuentre, a sus fortalezas emocionales, a su manera de resolver los problemas y a las redes de apoyo con las que cuente (Tinoco, 2011), por lo que es importante conocer cuál es el papel de la pareja durante el proceso de la enfermedad.

No existe suficiente información acerca de las cogniciones, emociones y creencias de los hombres referidas al cáncer de mama, considerando que estas influyen el tipo de apoyo en la prevención de la enfermedad y la calidad del acompañamiento que brindan a su pareja, en caso de que enferme; por eso los objetivos de esta investigación se enfocan en la mirada masculina.

### **5.1 Discusión. Primera fase**

#### **Diagnóstico y tratamiento**

Es relevante que tres de las pacientes acudieron a consulta médica de rutina, ya que se ha comprobado que el autocuidado es uno de los factores que permite la detección oportuna. Asimismo es relevante que el médico realizara la revisión de las mamas, lo que es poco común en la práctica médica, de acuerdo con la literatura revisada. También destaca el hecho de que Rosa acudiera de inmediato al médico cuando encontró una anomalía en la mama durante la autoexploración. El autocuidado parece ser una característica de estas pacientes, así como el afrontamiento directo de la enfermedad (ver Tabla 18).

Tabla 18  
*Forma de diagnóstico*

Paciente	Forma de diagnóstico
<b>Lupita</b>	Consulta de climaterio y mastografía.
<b>Ana</b>	Revisión médica de rutina y mastografía.
<b>Silvia</b>	Revisión médica de rutina y mastografía.
<b>Rosa</b>	Ella localizó una “bolita” arriba de la mama derecha. Fue confirmado después por mastografía.

Destaca el hecho de que las mujeres tienen información más precisa en cuanto al tipo de cáncer padecido y el tratamiento recibido, excepto en el caso de Silvia y Javier, donde Javier sabe en qué etapa se encontraba el tumor cuando fue diagnosticado, mientras que Silvia confunde la etapa con la forma de diagnóstico. Enrique y Ricardo tienen claro que el cáncer puede causar la muerte si no se recibe tratamiento. Ricardo además señala que no se trata de una enfermedad contagiosa, lo que nos remite a algunos de los mitos que todavía existen sobre el cáncer (ver Tabla 17).

Tabla 17  
 Conocimientos acerca del tipo de cáncer, etapa y tratamiento recibido

Pareja	Mujeres	Hombres
<b>Lupita y Enrique</b>	Cáncer infiltrante diagnosticado en etapa II. Requirió mastectomía radical de la mama izquierda. Sin quimioterapia, radioterapia ni hormonoterapia. Terminó el tratamiento hace 11 años.	Cáncer radical, localizado por medio de estudios, después que se detectó manualmente y maligno en su totalidad si se deja, no hay que dejar pasar el tiempo con terapias alternativas.
<b>Ana y Ricardo</b>	Carcinoma ductal infiltrante diagnosticado por medio de mastografía, ultrasonido y biopsia. El tratamiento consistió en cuadrentectomía derecha con disección ganglionar de mama, 6 ciclos de quimioterapia, 25 sesiones de radiación. Hace 5 meses que terminó con la quimioterapia y radiación. Continúa con hormonoterapia por 5 años.	Es una enfermedad, que no es contagiosa y de no atenderse, oportunamente, puede causar la muerte.
<b>Silvia y Javier</b>	Carcinoma ductal infiltrante. Diagnosticado en examen de rutina. El tratamiento consistió en mastectomía radical modificada, 6 ciclos de quimioterapia y 24 sesiones de radiación. Continúa con hormonoterapia por 5 años.	Carcinoma infiltrante de mama izquierda, diagnosticado en etapa. I
<b>Rosa y Carlos</b>	Cáncer lobular infiltrante en etapa I. El tratamiento consistió en mastectomía bilateral reconstructiva. Se encuentra en quimioterapia y continuará con hormonoterapia por cinco años.	Cáncer de mama.

## Cogniciones

El diagnóstico no fue una sorpresa para dos de las pacientes: Lupita y Rosa. La posibilidad de tener cáncer de mama era algo que ya habían considerado, puesto que ambas tienen hermanas que padecieron cáncer de mama. En el caso de Lupita, su hermana falleció, mientras que la hermana de Rosa sobrevivió a la enfermedad. Sin duda, su historia familiar está relacionada con sus actitudes de prevención y autocuidado, puesto que el acudir a revisiones médicas regulares fue lo que les permitió un diagnóstico y tratamiento oportuno.

En cambio, para Ana y Silvia fue una noticia devastadora. Ana lo consideró como una prueba de vida. Silvia pensó en todo lo que tenía que hacer antes de iniciar el tratamiento, tal vez intentando resolver todos sus asuntos ante la posibilidad de morir.

Entre los hombres destaca el pensamiento pesimista de Enrique, relacionado con el hecho de que su cuñada falleció de cáncer de mama. Pensar “*Nunca se va a recuperar*” se relaciona también con los significados y mitos de la enfermedad, donde cáncer significa muerte. En cambio, Ricardo y Javier pensaron en lo que se tenía que hacer para resolver el problema (ver Tabla 19).

Tabla 19  
*Cogniciones ante el diagnóstico*

<b>Pareja</b>	<b>Mujeres</b>	<b>Hombres</b>
<b>Lupita y Enrique</b>	<i>Que después de tanto estarme cuidando y evitándolo por fin había llegado.</i>	<i>Nunca se va a recuperar.</i>
<b>Ana y Ricardo</b>	<i>Que era una prueba de vida.</i>	<i>Pensé poner todo de mi parte para ayudarla.</i>
<b>Silvia y Javier</b>	<i>Pensé que tenía muchas cosas por hacer antes de empezar con el tratamiento. Incredulidad.</i>	<i>Que tendríamos que prepararnos emocional y físicamente para enfrentar la enfermedad y salir adelante.</i>
<b>Rosa y Carlos</b>	<i>Pensé que fuera en una etapa temprana y me pueda curar como mi hermana gemela que también lo tuvo.</i>	<i>Lo peor, el cómo se sentía ella, estar con ella en ese momento, cómo ayudarla.</i>

Tres de los hombres comentan que su principal preocupación fue no tener fuerzas para enfrentar la situación y no ser capaces de apoyar a su pareja. Sólo Carlos refiere que el sufrimiento de ella fue lo que le preocupaba. En cambio, para las cuatro mujeres la principal preocupación fue su familia (ver Tabla 20).

Tabla 20  
Principal preocupación ante el diagnóstico de cáncer

Pareja	Mujeres	Hombres
<b>Lupita y Enrique</b>	<i>Mis hijos, mi esposo, mi familia</i>	<i>El que se sintiera apoyada.</i>
<b>Ana y Ricardo</b>	<i>Mi familia.</i>	<i>El no sentirme capaz de apoyarla.</i>
<b>Silvia y Javier</b>	<i>Mi hijo, mi madre y mis nietos.</i>	<i>Que no tuviera las fuerzas de enfrentarlo.</i>
<b>Rosa y Carlos</b>	<i>Que el cáncer estuviera en etapa avanzada y que no tuviera solución, por miedo a morir y dejar a mis hijos solos y ya no verlos.</i>	<i>El sufrimiento de ella.</i>

Por lo que se refiere a los pensamientos que acompañaron a las pacientes y a sus parejas durante el proceso del cáncer, destaca que las mujeres refieren pensamientos positivos acerca de salir adelante, tal como el pensamiento de Silvia al reconocer el autocuidado como una herramienta que le permitiría superar el cáncer. En cambio dos de los hombres manifiestan incertidumbre y preocupación continua. Destaca también que Enrique refiera la oración como una práctica permanente durante la enfermedad de Lupita (ver Tabla 21).



Tabla 21  
Pensamientos persistentes durante la enfermedad

Pareja	Mujeres	Hombres
<b>Lupita y Enrique</b>	<i>Tenía la seguridad de que algo bueno vendría más adelante.</i>	<i>El pensamiento de la oración como yo la concibo.</i>
<b>Ana y Ricardo</b>	<i>Que primero Dios saldría adelante.</i>	<i>La preocupación de no apoyarla lo necesario.</i>
<b>Silvia y Javier</b>	<i>Pensé que tenía muchas cosas por hacer antes de empezar con el tratamiento. En que yo estaba muy bien, ya que siempre practiqué mucho ejercicio y mi alimentación era buena. Ahora mi cuerpo tenía que responder positivamente y así lo hizo.</i>	<i>La incertidumbre.</i>
<b>Rosa y Carlos</b>	<i>Que fuera en una etapa temprana y me pueda curar como mi hermana gemela que también lo tuvo.</i>	<i>El saber que estará bien, tenía de ejemplo a su hermana cuata (ella está bien y tuvo el mismo problema).</i>

## Emociones

La mayoría de las informantes refiere haber sentido miedo al conocer el diagnóstico de cáncer, así como tristeza. También refieren incertidumbre e ira. Lo anterior concuerda con la literatura que menciona a la incertidumbre como una constante que acompaña a los pacientes con cáncer no sólo durante el tratamiento, sino incluso durante muchos años más, ya que siempre existe la posibilidad de que el cáncer regrese. La ira, dirigida hacia una fuerza superior también se encuentra documentada en la literatura que refiere la pregunta ¿y por qué a mí?

De igual manera, los hombres refieren haber sentido tristeza, dolor y miedo ante la noticia, así como impotencia y enojo, referido como “*molestia por ver la enfermedad de un familiar*”. Carlos, además, refiere desesperación e incertidumbre (ver Tabla 22).

Tabla 22

*Emociones referidas ante el diagnóstico de cáncer*

<b>Pareja</b>	<b>Mujeres</b>	<b>Hombres</b>
<b>Lupita y Enrique</b>	<i>Miedo e ira.</i>	<i>Impotencia y enojo.</i>
<b>Ana y Ricardo</b>	<i>Tristeza.</i>	<i>Tristeza, dolor, impotencia. Una impresión muy fuerte.</i>
<b>Silvia y Javier</b>	<i>Miedo.</i>	<i>Tristeza y miedo.</i>
<b>Rosa y Carlos</b>	<i>Miedo e incertidumbre.</i>	<i>Desesperación, angustia, dudas de lo que nos espera en el futuro.</i>

En cuanto a la necesidad de recibir apoyo emocional, sólo una de las informantes refiere haber asistido a terapia de grupo durante un año, otra paciente acudió a consulta con la psicóloga después de conocer el diagnóstico, pero no continuo con el tratamiento. Es relevante que una de las pacientes refiera que ella misma se daba terapia “*con pensamientos positivos y queriéndome más*”. De igual manera, sólo uno de los hombres acudió a consulta con la psicóloga en una ocasión, acompañando a su esposa (ver Tabla 23).

Tabla 23

*Apoyo psicológico requerido*

<b>Pareja</b>	<b>Mujeres</b>	<b>Hombres</b>
<b>Lupita y Enrique</b>	Terapia de grupo.	No
<b>Ana y Ricardo</b>	Sólo una consulta con la psicóloga.	Sólo una consulta con la psicóloga.
<b>Silvia y Javier</b>	No	No
<b>Rosa y Carlos</b>	No	No

El momento más significativo para las parejas informantes difiere entre hombres y mujeres. Sólo una pareja, Silvia y Javier, coincide en que el reencuentro sexual fue el más significativo. Lo anterior tiene relación con las dificultades que las parejas experimentan para retomar su vida sexual, después que la mujer ha padecido cáncer de mama, dados los efectos que el tratamiento tiene en su

aspecto físico, en su autoconcepto, en la disminución del deseo, en el cansancio continuo, entre otros. En la literatura se explica que la cirugía de mama atenta contra la feminidad de la mujer y merma su autoestima, por lo que la participación de su pareja es fundamental para recuperar la seguridad en su atractivo y normalizar su vida sexual. Asimismo, para la mujer es muy difícil mostrarse desnuda ante su pareja, por el temor al rechazo.

Dos de las informantes mencionan el apoyo permanente que recibieron de sus parejas y otra de ellas se refiere a la decisión radical que tomó su pareja al venir a la ciudad de México, con todos los inconvenientes económicos y laborales que eso implicó, para atenderla y sobre todo acompañarla en esos momentos.

Ricardo recuerda como el momento más significativo cuando el médico les dijo que su esposa tenía un alto porcentaje de posibilidades de curarse.

Para Carlos fue significativo el periodo de recuperación de su esposa, en el que la cuidó y fue su enfermero. En la literatura se menciona que cuando el hombre apoya a su pareja durante esta difícil etapa les es más fácil reanudar su vida de pareja, ya que existe más confianza y comunicación entre ambos.

Destaca la respuesta de Enrique “*Seguirla viendo como la conocí*”, que parece implicar la falta de aceptación del nuevo aspecto de Lupita y que no ha superado la etapa de duelo por la pérdida (ver Tabla 24).

Tabla 24

*Momento más significativo para la pareja durante el proceso de cáncer*

<b>Pareja</b>	<b>Mujeres</b>	<b>Hombres</b>
<b>Lupita y Enrique</b>	<i>Todo, durante todo el proceso me ha apoyado, el que siga a mi lado me confirma que me ama.</i>	<i>Seguirla viendo como la conocí.</i>
<b>Ana y Ricardo</b>	<i>Siempre me apoyó.</i>	<i>Cuando el oncólogo nos dijo que tenía un 95% de posibilidades de curarse.</i>
<b>Silvia y Javier</b>	<i>Sexual.</i>	<i>En lo sexual.</i>
<b>Rosa y Carlos</b>	<i>Que él fue que tomo la decisión de tratarme en otra ciudad, a pesar de lo que eso implicaba: cambios económicos por viajes, que él pidiera permiso en su trabajo para estar conmigo.</i>	<i>Estar con ella en su recuperación después de las operaciones, el cuidarla, el ser su enfermero.</i>

Al preguntar si hubo algo que les hubiera gustado hacer o decir a sus parejas durante el proceso de la enfermedad, dos de los hombres responden que expresaron todo lo que sentían. Sólo Enrique refiere la necesidad de decirle que la amaba.

Tres de las mujeres refieren haber recibido el apoyo que necesitaban. En cambio, una de ellas refiere que está en el proceso de aceptar lo que su pareja quiere y puede darle. Tal vez esa fue la razón por la que Lupita requirió de terapia grupal durante su proceso de cáncer de mama, al sentir que no recibía el apoyo suficiente de parte de su esposo (ver Tabla 25).

Tabla 25

¿Quedó algo por hacer o decir durante el proceso de cáncer?

Pareja	Mujeres	Hombres
<b>Lupita y Enrique</b>	<i>No, he aprendido a recibir de él lo que quiere y puede darme, y estoy en el proceso de aprender a pedirle y decirle lo que quiero, y aceptar lo que él da.</i>	<i>Que la amaba.</i>
<b>Ana y Ricardo</b>	<i>Desde la primera vez me dijo que me amaba.</i>	<i>No, creo que nos dijimos todo, y durante todo el tratamiento la acompañé.</i>
<b>Silvia y Javier</b>	<i>Si, tal vez que se quejara, porque nunca escuche una queja o un comentario de miedo o desconfianza.</i>	<i>No, todo lo exprese en su momento.</i>
<b>Rosa y Carlos</b>	<i>No. Hasta ahorita tengo el apoyo.</i>	<i>No puedo comentar nada, ella aún está en tratamiento.</i>

### Reacciones ante el diagnóstico

Ante el diagnóstico de cáncer tres de las informantes refieren haber llorado, una de ellas, además dice haber fortalecido su fe en Dios. La otra informante tuvo una reacción más directa al buscar una segunda opinión. Entre los hombres se encuentran reacciones más pragmáticas y proclives a solucionar los problemas, con excepción de Enrique, que nuevamente utiliza la negación como estrategia de afrontamiento, como si al ignorar que su cuñada falleció de cáncer de mama desapareciera la posibilidad de que le ocurriera lo mismo a su esposa. A esta forma de reaccionar Holland y Sheldon (2003), le llaman “el síndrome del avestruz” y se considera una estrategia poco positiva, ya que inmoviliza los recursos del propio paciente y de la familia (ver Tabla 26).

Tabla 26  
*Reacciones ante el diagnóstico de cáncer*

Pareja	Mujeres	Hombres
<b>Lupita Enrique</b>	y <i>Fortalecerme, ponerme en las manos de Dios, seguir adelante. Llorar juntos nos ayudó mucho.</i>	<i>Apoyarla y no ver lo que sucedió con el familiar.</i>
<b>Ana y Ricardo</b>	<i>Llorar.</i>	<i>Acudir con una psicóloga, pedir información a un oncólogo y pedir otra opinión médica.</i>
<b>Silvia y Javier</b>	<i>Buscar una segunda opinión.</i>	<i>Arreglar mis servicios médicos y sanear mis finanzas.</i>
<b>Rosa y Carlos</b>	<i>Lloré y hablarle a mi esposo para decirle la noticia.</i>	<i>Salí con ella para apoyarla y no la he dejado hasta hoy.</i>

### **Creencias sobre la enfermedad**

Tres de las mujeres identifican la predisposición genética, como un factor importante en el desarrollo del cáncer. Una de ellas considera, además, otros factores que influyeron en la enfermedad.

También los hombres reconocen la predisposición genética de sus parejas. Adicionalmente, Enrique considera factores psicológicos, aunque no explicita cuáles fueron. Sólo Ricardo dice desconocer la causa de la enfermedad en su esposa. La única creencia identificada fue la de Ana: *“Porque el cuerpo es frágil”* (ver Tabla 27).

Tabla 27

*Creencias sobre la enfermedad*

<b>Pareja</b>	<b>Mujeres</b>	<b>Hombres</b>
<b>Lupita Enrique</b>	y Existen varios factores genéticos, personales, sociales y ambientales que influyeron.	Predisposición genética reforzada por situaciones psicológicas.
<b>Ana Ricardo</b>	y Porque el cuerpo es frágil.	Lo desconocemos.
<b>Silvia Javier</b>	y Porque mi abuelita murió de cáncer de mama cuando tenía 52 años, hace casi 55 años.	Posiblemente por genética ya que su abuela materna murió de eso precisamente.
<b>Rosa Carlos</b>	y Creo por carga genética, ya que 4 cercanos a mí han desarrollado cáncer de mama, incluyendo a mi hermana gemela.	Por genes familiares.

**Estilo de afrontamiento**

En las parejas informantes el estilo de afrontamiento del cáncer fue directo, aceptaron la situación y tomaron las decisiones pertinentes para luchar contra él. No obstante, refieren dos maneras diferentes de enfrentar el cáncer: una de ellas muestra que el apoyo emocional entre los miembros de la pareja, el estar juntos, fue lo que les dio la fortaleza necesaria para superar la crisis; la otra muestra que la seguridad en el propio estilo de vida saludable, la convicción de que todo saldría bien, así la como confianza en los médicos y las instituciones les permitió superar la enfermedad, hasta el presente. Cabe mencionar que nunca se tiene la seguridad de una curación completa, ya que existe la posibilidad de una recidiva, incluso muchos años después de completado el tratamiento (ver Tabla 28).

Tabla 28

*Estilos de afrontamiento*

<b>Pareja</b>	<b>Mujeres</b>	<b>Hombres</b>
<b>Lupita y Enrique</b>	<i>Juntos tomados de la mano, aceptando lo que vino y como venía.</i>	<i>En veces juntos y en veces separados 'así lo dijo el indito'.</i>
<b>Ana y Ricardo</b>	<i>Siempre juntos.</i>	<i>Después de hablar con la psicóloga, nos serenamos un poco y lo platicamos con nuestros hijos quienes nos apoyaron totalmente.</i>
<b>Silvia y Javier</b>	<i>Con mucha confianza en los doctores y en las instituciones, además de tener seguridad en mí cuerpo ya que siempre lo trate muy bien.</i>	<i>Valiente y decidida y siempre con la confianza de que saldría todo muy bien.</i>
<b>Rosa y Carlos</b>	<i>Con mucha entereza y la firme convicción de que íbamos a salir adelante, pasara lo que pasara.</i>	<i>Con la ayuda de doctores oncólogos (esposo de mi hija y sus jefes del ISSTE), la Fundación de Cáncer de Mama y el seguro Popular.</i>

**Dificultades enfrentadas**

La cirugía fue la parte más difícil del tratamiento, en opinión de los hombres. Además, para Carlos fue difícil sentirse solos, sin el apoyo de la familia, ya que se trasladaban a la ciudad de México para recibir la quimioterapia. Las mujeres, además de la cirugía refieren el proceso de adaptación a su nueva imagen corporal y el uso de la prótesis. Sólo Ana refiere que la quimioterapia fue la parte más difícil del tratamiento (ver Tabla 29).



Tabla 29

*Dificultades enfrentadas*

<b>Pareja</b>	<b>Mujeres</b>	<b>Hombres</b>
<b>Lupita y Enrique</b>	<i>Posterior a la cirugía verme sin un seno, adaptarme a la prótesis.</i>	<i>La operación en sí.</i>
<b>Ana y Ricardo</b>	<i>Todo el tratamiento, sobre todo las quimios.</i>	<i>Cuando le hicieron la cirugía.</i>
<b>Silvia y Javier</b>	<i>La mastectomía.</i>	<i>La cirugía.</i>
<b>Rosa y Carlos</b>	<i>Las cirugías.</i>	<i>En el tratamiento de las quimioterapias, el estar solos, sin la familia.</i>

**Apoyos brindados por su pareja**

El apoyo emocional que las informantes recibieron de sus parejas tuvo diferentes matices:

- el acompañamiento durante la cirugía y la recuperación,
- el hacerles saber que no estaban solas,
- los comentarios positivos acerca de su aspecto físico,
- las expectativas de que todo iba a salir bien, entre otros.

El apoyo económico también fue muy importante y tres personas lo mencionan (ver Tabla 30).

Tabla 30

*Apoyo recibido de su pareja*

<b>Pareja</b>	<b>Mujeres</b>	<b>Hombres</b>
<b>Lupita y Enrique</b>	<i>De acompañamiento, de respeto y sobre todo ayudarme a ver frente al espejo y decirme que seguía siendo bonita.</i>	<i>La sigo apoyando en lo que está a mi alcance.</i>
<b>Ana y Ricardo</b>	<i>Siempre conmigo en todo momento.</i>	<i>Estar al lado de ella en todo momento, hacerla sentir que cuenta conmigo.</i>
<b>Silvia y Javier</b>	<i>Con mucho amor y comentarios positivos “que guapa, te amo, todo va bien” y cosas así, además de económica.</i>	<i>Emocional, económica.</i>
<b>Rosa y Carlos</b>	<i>Me apoyó en todo, económico, emocional, estuvo conmigo en las cirugías y durante la recuperación.</i>	<i>Siempre con ella, apoyándola, queriéndola aun más.</i>

**Aspectos de la relación de pareja que resultaron afectados**

Tres de las parejas coinciden en que la sexualidad fue el aspecto más afectado de su relación de pareja. Rosa explica que el dolor y el cansancio provocados por el tratamiento disminuyeron su deseo sexual y le dificultaron tener relaciones con su pareja. Esto coincide con lo reportado en la literatura, ya que la mayoría de las parejas experimenta dificultades para retomar su vida sexual, en parte por los efectos que el tratamiento tiene en el cuerpo de la mujer, así como por la resistencia de la propia mujer a ser mirada y tocada. Como excepción, una de las parejas reporta que su relación no sufrió ninguna afectación, incluso dicen amarse cada día más y sentirse más unidos. Carlos, además, menciona cierto distanciamiento emocional, como consecuencia de la nueva imagen corporal de su esposa, quien aún no se adapta a su nueva imagen corporal.

También la economía de algunas parejas se vio afectada por la necesidad de viajar a otro estado del país para tratarse y por lo costoso del tratamiento contra el cáncer (ver Tabla 31).

Tabla 31

*Aspectos afectados en su relación de pareja*

<b>Pareja</b>	<b>Mujeres</b>	<b>Hombres</b>
<b>Lupita y Enrique</b>	<i>La parte sexual, pero curiosamente mejoro mucho la comunicación y la aceptación mutua.</i>	<i>La sexualidad, no como física sino como psicológica.</i>
<b>Ana y Ricardo</b>	<i>Al contrario, nos amamos cada día más.</i>	<i>No nos afectaron, por el contrario, nos unieron.</i>
<b>Silvia y Javier</b>	<i>La sexual (temporalmente) y la económica.</i>	<i>Sexual y económica.</i>
<b>Rosa y Carlos</b>	<i>La relación íntima, porque a veces pues por el dolor de las cirugías y lo cansado de las quimioterapias no podía o no tenía ganas de tener relaciones con mi pareja.</i>	<i>Ahorita la siento un poco distante, se siente muy protegida, cree que la veo como una discapacitada, siente coraje y eso me da sentimiento, desesperación, por lo que nos lleva a vernos poco.</i>

### **Cambios en la relación de pareja**

Es natural que la relación de la pareja se transforme después de atravesar una crisis tan difícil de superar como es el cáncer de mama. Así, todos los participantes reportan cambios en su relación, con excepción de Enrique. Ricardo y Javier refieren que los cambios que se dieron en su relación fueron benéficos y mencionan una mayor unión, más paciencia del uno con el otro, más confianza entre ambos e incluso admiración hacia su compañera.

La respuesta de las mujeres varía de acuerdo con la fase del tratamiento en la que se encuentran, así como también con la etapa de su ciclo vital. Ellas destacan que su relación se encuentra en un momento de maduración, que hay más amor, mayor tolerancia y la seguridad de contar el uno con el otro. Nuevamente, una de ellas reporta cambios en sus relaciones íntimas (ver Tabla 32).

Tabla 32

*Cambios en la relación de pareja*

Pareja	Mujeres	Hombres
<b>Lupita y Enrique</b>	<i>Creo que estamos en un momento de maduración.</i>	<i>Ninguna.</i>
<b>Ana y Ricardo</b>	<i>Al contrario, nos amamos cada día mas</i>	<i>No hubo cambios negativos. Nos unimos más.</i>
<b>Silvia y Javier</b>	<i>Somos más tolerantes y sabemos que contamos el uno con el otro.</i>	<i>Muchos, pero todos para bien, somos más pacientes el uno con el otro, [hay] más confianza y sobre todo la admiro.</i>
<b>Rosa y Carlos</b>	<i>Aún no terminó el tratamiento, pero quizá hasta ahorita las relaciones íntimas.</i>	<i>No puedo comentar nada, ella aún está en tratamiento.</i>

### **Cambios personales**

Al preguntar a las mujeres cuáles fueron los cambios que experimentaron en su persona después de superar el cáncer de mama, sólo Silvia respondió que no hubo cambios; las otras informantes describen cambios profundos en su manera de ver la vida y a sí mismas: ser más humana, más espiritual, más solidaria, amar más la vida, valorar lo que realmente vale la pena, restarle importancia a las cosas insignificantes y disfrutar de la vida. Ellas aprecian la oportunidad de seguir compartiendo y disfrutando de su familia (Ver Tabla 33).

Tabla 33

*Cambios personales*

Mujeres	Cambios identificados
<b>Lupita</b>	<i>Soy más humana, más espiritual, pero sobre todo solidaria.</i>
<b>Ana</b>	<i>Amo más la vida.</i>
<b>Silvia</b>	<i>En nada mi vida sigue igual, mis actividades y mis gustos.</i>
<b>Rosa</b>	<i>Veo la vida menos superficial, veo y valoro lo que realmente vale la pena y no darle importancia a cosas pequeñas e insignificantes. Disfrutar la vida.</i>

## Creencias religiosas o filosóficas

Cuatro de los informantes destacan sus creencias religiosas como fuente de fortaleza para superar la enfermedad. También en la literatura se menciona que muchas de las pacientes recurren a su fe durante la enfermedad y encuentran consuelo en su práctica religiosa. Sólo una pareja: Silvia y Javier destacan la confianza en los propios recursos y en la ciencia. En su libro “*La cara humana del cáncer*” Holland y Sheldon (2003) recomiendan a los pacientes echar mano de las formas de resolver los problemas que les han sido útiles en el pasado, con la finalidad de movilizar los recursos del paciente, ya sea por medio de las propias creencias o de la ciencia (ver Tabla 34).

Tabla 34

### *Creencias religiosas o filosóficas*

Pareja	Mujeres	Hombres
<b>Lupita y Enrique</b>	<i>Sí, soy católica, apostólica romana, confiar en Dios en María como padres y sobre todo en Jesús Xto. Acercarme a Él en su humanidad.</i>	<i>Tener fe en ese algo intangible que nos da la vida que es la magia de la vida.</i>
<b>Ana y Ricardo</b>	<i>Sólo mi Dios me dio la vida otra vez.</i>	
<b>Silvia y Javier</b>	<i>Si la del positivismo.</i>	<i>Que no crean todo lo que los médicos les digan, siempre hay una esperanza, solo hay que buscarla dentro de uno.</i>
<b>Rosa y Carlos</b>	<i>En Dios, confíe en Él. Hacía oraciones.</i>	

## Apoyar a los demás cuando se está enfermo

Resulta paradójico que todas las informantes tuvieran que mostrarse fuertes frente a su pareja, sus hijos y demás familiares. En la literatura también se reporta que muchas mujeres con cáncer tienen que mostrarse fuertes ante la adversidad, para ayudar a sus familiares a tolerar mejor el proceso de su enfermedad. Tratar de sostener la imagen que los demás tienen de una es una carga muy fuerte para las

pacientes; en el caso de Lupita, el no poder expresar sus emociones ante su familia fue lo que la llevó a buscar apoyo en un guía espiritual y en la terapia de grupo, para expresar sus emociones sin lastimar a su familia. También Rosa refiere la necesidad de su familia de verla fuerte para sentirse seguros. En el caso de Silvia era ella quien les daba ánimos a sus familiares y bromeaba con sus nietos quitándose la peluca y asustándolos con el “*monstruo pelón*”. Uno de sus familiares refiere que en lugar de que ellos le brindaran apoyo, fue Silvia quien les daba confianza y seguridad de que todo saldría bien, ya que estaban muy asustados, especialmente cuando tuvo metástasis y sufrió cáncer de colon.

Esta necesidad de la mujer de brindar seguridad emocional a su familia parece tener relación con el rol tradicional de la mujer, donde los otros están antes que la propia persona (ver Tabla 35).

Tabla 35  
*Apoyos brindados a la pareja y la familia*

Mujeres	Apoyos
<b>Lupita</b>	<i>Sí; siempre me han visto como una mujer fuerte, luchadora, que le da la cara a la adversidad.</i>
<b>Ana</b>	<i>Si</i>
<b>Silvia</b>	<i>Si</i>
<b>Rosa</b>	<i>Sí, porque querían que me vieran fuerte para que [ellos] estuvieran bien y se sintieran seguros.</i>

### **Trascendencia**

Las parejas informantes vivieron la experiencia del cáncer de mama y la han superado, hasta el presente. En el proceso han visto fortalecida su relación e identifican las cualidades que les permitieron salir adelante juntos. Entre ellas destacan el amor, el apoyo mutuo, así como la confianza, la sinceridad, la honestidad consigo mismos y con la pareja, la fe y el apoyo de sus familiares como factores fundamentales.

También recomiendan no tomar la situación de manera dramática, incluso no hablar del cáncer fuera del círculo familiar, excepto con el médico. Cabe mencionar que esta última recomendación es adecuada para aquellas personas que posean las herramientas necesarias para resolver los problemas sin ayuda, no así para las que requieren contar con redes de apoyo (ver Tabla 36).

Tabla 36

*Sugerencias a otras parejas*

<b>Pareja</b>	<b>Mujeres</b>	<b>Hombres</b>
<b>Lupita y Enrique</b>	<i>Que sean sinceros, honestos consigo mismos y con su pareja, que no pierdan oportunidad de decirse que se aman, eso nunca sobra y hace mucho bien.</i>	<i>Tenerse confianza entre los dos.</i>
<b>Ana y Ricardo</b>	<i>Que el amor y la fe lo vencen todo.</i>	<i>Que se apoyen y busquen juntos el apoyo y comprensión de la familia.</i>
<b>Silvia y Javier</b>	<i>...no escuchar jamás otras historia que estén llenas de dolor, casi no hablar de la enfermedad mientras estén en tratamiento sólo con su médico y familiares muy involucrados...</i>	<i>Que lo tomen de la forma más práctica y no de forma dramática.</i>
<b>Rosa y Carlos</b>	<i>Que siempre se apoyen.</i>	<i>Mucha tranquilidad, amor, comprensión, apoyo total, reunir a la familia.</i>

Entre las cosas que las informantes sugieren a otras mujeres que padezcan cáncer de mama se encuentran las siguientes: tener fe, utilizar el miedo como un impulso para seguir adelante, expresar la ira que sienten, y después transformarla en coraje para enfrentar el cáncer, tener confianza en su cuerpo y mente, no escuchar historias llenas de dolor, hablar del cáncer sólo con el médico y familiares cercanos, estar tranquilas y con pensamientos agradables, seguir al pie de la letra el tratamiento indicado y no automedicarse.

Las informantes también quieren hacer saber a los varones cuya pareja padece cáncer de mama que la mujer necesita más apoyo y amor que nunca. Asimismo, les recomiendan que no las abandonen, que no tengan miedo, que será algo

pasajero, que se documenten bien y no se dejen llevar por comentarios sin fundamento, pues una vez superada la experiencia su pareja será la misma, incluso más amorosa.

Nuevamente encontramos que cada persona sugiere a los demás lo que a ella le funcionó mejor. De tal manera que quienes tienen un profundo sentido religioso piden a los demás tener fe y confianza en un designio superior. En cambio otras personas sugieren seguir el tratamiento al pie de la letra y confiar en los médicos, lo que les ha dado buenos resultados en el pasado (ver Tabla 37).

Tabla 37

*Sugerencias a otras mujeres y hombres que pasan por la misma experiencia*

<b>Informante</b>	<b>A las mujeres</b>	<b>A los hombres</b>
<b>Lupita</b>	<i>Que si sienten miedo, no se queden con él, que lo utilicen como un impulso para seguir adelante, que pasen del ¿por qué? al ¿para qué?; que si sienten ira griten, lloren, pero después la transformen en coraje para afrontar lo que sigue con la confianza de que para algo bueno ha de ser.</i>	<i>Que se sientan orgullosos de sí mismos y de la mujer con la que comparten la vida, que se amen hasta morir.</i>
<b>Ana</b>	<i>Que tengan mucha fe, que Dios nunca nos abandona, da su vida por sus hijas.</i>	<i>Que es el momento que más apoyo y amor necesitamos.</i>
<b>Silvia</b>	<i>Que piensen que ustedes se enfermaron y ustedes tienen que salir adelante, tener confianza en sus cuerpos y sus mentes, y no escuchar jamás otras historia que estén llenas de dolor, casi no hablar de la enfermedad mientras estén en tratamiento sólo con su médico y familiares muy involucrados y estar tranquilas con pensamientos agradables, eso sí seguir el tratamiento al pie de la letra, y no auto medicarse con ningún tratamiento, yerba u lo que sea por muy natural que sea, recuerden que el cianuro es natural y mata, no tomar nada que el médico no indique.</i>	<i>Que no tengan miedo, es sólo una enfermedad que si se documenta uno adecuadamente, y no se dejan llevar por los comentarios sin fundamentos, todo saldrá bien, y su pareja, esposa o novia seguirá siendo la misma. Hasta más amorosa.</i>
<b>Rosa</b>	<i>Que tengan siempre mucha fe, que no abandonen nunca su tratamiento médico y que [lo hagan] con mucho ánimo ya que es la mejor medicina. Cuando estás en la depresión es más difícil salir adelante.</i>	<i>Que no las abandonen, que las apoyen, que es un proceso difícil pero que va a pasar y ya después estará todo bien.</i>



Los hombres recomiendan a otros hombres no demostrar a su pareja el miedo que sienten, aceptar la situación, ser lo más positivo posible. También coinciden con las mujeres al señalar que es el momento en que se necesita más apoyo moral y físico. Carlos agrega que no la dejen sola, aún cuando ella lo pida. En la literatura se reporta que muchas mujeres no quieren ser vistas ni tocadas por sus parejas después de la cirugía, ya que su autoconcepto se modifica de manera negativa (ver Tabla 38).

Tabla 38

*Sugerencias a otros hombres que viven la misma situación*

<b>Informante</b>	<b>A otros hombres</b>
<b>Enrique</b>	<i>Nunca demostrar el miedo que se tiene, demostrar confianza en las reacciones de su pareja y aceptar como vengan las cosas sin dar vuelta o cobardía.</i>
<b>Ricardo</b>	<i>Que son momentos críticos para las mujeres y es cuando más nos necesitan y que esperan de nosotros un apoyo moral y físico.</i>
<b>Javier</b>	<i>Que no tengan miedo y sean lo más positivos que puedan, ya que solo así será una experiencia pasajera.</i>
<b>Carlos</b>	<i>Nunca dejarla sola, aunque ella te lo diga, amarla y apoyarla siempre.</i>

Finalmente, a la solicitud de aportar sobre algún aspecto no considerado en el cuestionario, Ana y Ricardo mencionan un asunto que también se trata en la literatura sobre cáncer: la forma en que el médico informa al paciente del diagnóstico, así como el trato del personal médico durante el tratamiento. Muchos pacientes refieren un trato frío, carente de tacto por parte del personal médico. Con esto se hace evidente la necesidad de que los hospitales cuenten con psicooncólogos para apoyar a las pacientes después de que reciben el diagnóstico y a lo largo del tratamiento, si lo requieren. El comentario de Javier va en ese mismo sentido, no hacer caso de todo lo que digan los doctores y buscar la esperanza dentro de uno mismo.

Lupita y Enrique mencionan la necesidad de informarse acerca del cáncer, así como la importancia de las redes de apoyo y de la terapia de grupo, así como la fe en la magia de la vida (ver Tabla 39).

Tabla 39

*Otros aspectos*

<b>Informante</b>	<b>Comentario</b>
<b>Lupita</b>	<i>Conocer, informarse, saber sobre el cáncer ayuda y da seguridad, pedir ayuda y apoyo a quien sabe más es bueno, hablar en un grupo de autoayuda, con otro que nos entiende de igual a igual es doblemente bueno.</i>
<b>Enrique</b>	<i>Tener fe en ese algo intangible que nos da la vida que es la magia de la vida.</i>
<b>Ana</b>	<i>Que los doctores y doctoras sean más humanos al dar esas noticias y sobre todo en el proceso del tratamiento. Sobre todo las doctoras como mujeres nos deben apoyar más y no ser inconscientes.</i>
<b>Ricardo</b>	<i>El momento crítico es cuando el oncólogo le dice que tiene cáncer, lo hacen con mucha frialdad sin tomar en cuenta lo que la paciente siente en ese momento, se entra en un estado de shock. Creo que los médicos deben tener mucho tacto para dar esos diagnósticos y explicar con términos sencillos que van a hacer para ayudar a las pacientes.</i>
<b>Javier</b>	<i>Que no crean todo lo que los médicos les digan, siempre hay una esperanza, solo hay que buscarla dentro de uno.</i>

### **5.1.1 Análisis de la mirada masculina en la pareja con cáncer de mama**

Los resultados muestran que estos hombres cuentan con información parcial y algo difusa acerca del cáncer de mama que padeció su pareja, con excepción de uno de ellos. Esto es relevante, ya que evidencia la necesidad de realizar campañas de información para la población en general, y especialmente para las parejas de las pacientes.

Estos hallazgos también muestran que los hombres experimentan fuertes emociones ante la enfermedad de su pareja tales como miedo, tristeza, dolor, impotencia, enojo, desesperación e incertidumbre. Sin embargo, ninguno de ellos buscó ayuda profesional, con excepción de una asesoría psicológica. Esto es relevante, ya que parece estar relacionado con el rol masculino socialmente asignado que les obstaculiza mostrar sus debilidades, aún cuando refieren una gran preocupación de no tener fuerzas para enfrentar la situación y de no ser capaces de apoyar a su pareja.

Destaca la disposición de ayudar a su pareja y de prepararse emocional y físicamente para enfrentar la enfermedad. Asimismo, destaca su participación directa en los cuidados durante la recuperación.

La capacidad de comunicación fluida es otra característica de estos hombres, misma que se ha desarrollado más durante la enfermedad de su esposa, de tal manera que incluso pueden afirmar que su comunicación ha mejorado, así como la confianza entre ambos.

Para estos hombres lo más difícil fue la cirugía y la quimioterapia que sufrió su esposa, así como estar lejos de la familia; el apoyo y comprensión de la familia fue un factor importante para superar el cáncer.

Los resultados muestran que no sólo la mujer vive una etapa de duelo por la salud perdida y por los cambios físicos que conlleva la enfermedad, sino que también algunos hombres tienen un proceso de duelo sin resolver, por lo que es necesaria la intervención psicológica.

### **5.1.2 ¿Cuáles son los factores que permiten a algunas parejas enfrentar juntos el cáncer de mama?**

De acuerdo con los resultados del estudio de caso se puede afirmar que las parejas que pasan por la experiencia del cáncer de mama siguen juntos gracias a que mantienen un enfoque de resolución de problemas, trabajan en equipo,

mantienen las emociones en un nivel tolerable, trabajan el duelo por la pérdida, cuentan con redes de apoyo y manifiestan sentimientos de amor, comprensión y consideración por el otro.

- **Estar ahí.** Permanecer junto a la pareja aún cuando ella le pida que se vaya y continúe con su vida.
- **Enfoque de resolución de problemas.** El afrontamiento directo de la enfermedad por medio de la búsqueda de atención médica oportuna.
- **Trabajar en equipo.** Es más probable que las parejas que consideran al cáncer de mama como un problema de ambos permanezcan juntos.
- **Mantener las emociones en un nivel tolerable.** Los hombres que pueden manejar adecuadamente sus emociones y mantener su angustia en un nivel tolerable están en condiciones de brindar apoyo a su pareja.
- **Trabajar por superar el duelo.** El hombre también pasa por un proceso de duelo ante la pérdida de la salud de un ser querido, así como la pérdida de la función estética y erótica de una parte del cuerpo de su compañera de vida. El trabajo de aceptación de los cambios corporales corresponde directamente a la mujer, pues se trata de su cuerpo, pero también afecta al hombre, por lo que la resolución de ese duelo le permite aceptar a su pareja como es actualmente y apoyarla.
- **Contar con redes de apoyo.** La familia tiene una importante función de soporte emocional para la pareja durante la crisis del cáncer de mama.
- **Consideración por el otro.** Las manifestaciones de amor, comprensión y consideración a su pareja durante la enfermedad afianzan los lazos afectivos y facilitan a la pareja adaptarse a los cambios físicos y emocionales provocados por el cáncer y normalizar su vida sexual.

## 5.2 Discusión. Segunda fase

En esta fase del estudio se analizan las respuestas que un grupo de 105 hombres dieron al cuestionario diseñado para tal fin.

### Imagen corporal

Para conocer cómo valoran los hombres a los senos en la anatomía femenina, se solicitó a los participantes que jerarquizaran sus preferencias por algunas partes del cuerpo de la mujer.

De acuerdo con los resultados, en primer lugar el 47% de los hombres prefiere los ojos, el 24% las piernas, el 23% la cadera, el 14% los senos, el 10% la cintura y el 9% el cabello. En segundo lugar nuevamente la cadera y las piernas son preferidas por el 25% y 21% de los hombres. En tercer lugar el 29% se siente atraído por los senos, en cuarto lugar el 23% de los hombres se sienten atraídos por las piernas, mientras que el 21% prefieren la cintura. En quinto lugar el 23% de los hombres son atraídos por la cintura. Finalmente, en sexto lugar el 44% de los hombres se siente atraído por el cabello de una mujer (ver Tabla 40). Cabe mencionar que el total no coincide con el número de participantes, ya que algunos no respondieron todas las opciones.

Tabla 40

*Preferencia por diversas partes del cuerpo femenino*

Parte del cuerpo	1 <sup>o*</sup>	2 <sup>o*</sup>	3 <sup>o*</sup>	4 <sup>o*</sup>	5 <sup>o*</sup>	6 <sup>o*</sup>	Total participantes
<b>Ojos</b>	47	12	9	10	13	10	102
<b>Piernas</b>	24	21	15	23	12	7	102
<b>Cadera</b>	23	25	14	8	17	13	103
<b>Senos</b>	14	13	29	19	12	14	101
<b>Cintura</b>	10	17	19	21	23	11	101
<b>Cabello</b>	9	9	10	12	17	44	104

\*Las cantidades están expresadas en porcentaje.

Otra manera de analizar la información es considerar el mayor porcentaje obtenido en cada uno de los seis lugares, así se obtiene que este grupo de hombres se siente atraído por los ojos(47%), la cadera (25%), los senos (29%), las piernas (23%), la cintura (23%) y el cabello (44%) de una mujer. Con excepción de los ojos y el cabello que obtienen la puntuación más alta y más baja, respectivamente, los porcentajes no varían mucho, por lo que se puede afirmar que aún cuando se prefiera una parte del cuerpo sobre otra, lo que atrae a un hombre no es una parte del cuerpo en particular, sino el conjunto que forman los senos, la cadera, las piernas y la cintura. Una configuración que es posible apreciar tanto de cerca como a cierta distancia, mientras que para apreciar la expresividad de los ojos se requiere la cercanía física (ver Fig. 8).

Por lo anteriormente descrito se puede inferir que si una mujer pierde un seno como consecuencia del cáncer de mama, el efecto de esa pérdida redundará en la percepción global del cuerpo, de ahí la importancia de la reconstrucción mamaria en mujeres mastectomizadas.

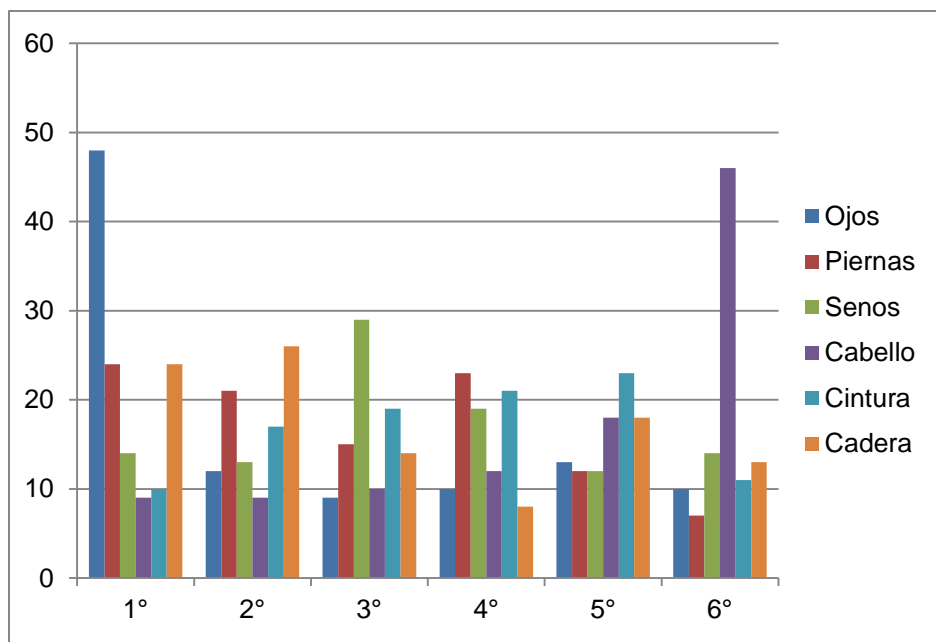


Figura 8. Preferencias masculinas por el cuerpo de la mujer

## Representaciones del cáncer de mama

Para conocer acerca de todo aquello que la palabra cáncer evoca en los hombres, se solicitó a los participantes que anotaran tres palabras que asociaran con el cáncer de mama. De manera global, las palabras que los participantes asocian más con el cáncer de mama son: **enfermedad, dolor y muerte**. No obstante, en la Tabla 41 se pueden revisar todas las respuestas, lo que nos permite un acercamiento a la complejidad de aspectos que los participantes mencionaron con respecto al cáncer de mama. A continuación se analizan las palabras que proporcionaron los participantes.

## Palabras asociada al cáncer

La primera palabra que los participantes asocian con el cáncer de mama proporciona una visión amplia de lo que implica, enfatizando en la **enfermedad**, el **dolor** y los **senos**; en cambio, la segunda palabra sirve para enfatizar en el **dolor** y el **sufrimiento** ocasionados por la enfermedad; finalmente, en la tercera palabra los participantes enfatizan en la **muerte**.

En la amplia gama de palabras que los participantes asocian con el cáncer de mama se identificaron ocho categorías: factores de riesgo, aspectos médicos, características del cáncer, ideas, creencias acerca de la enfermedad, secuelas físicas, efectos emocionales, factores de protección y recursos de afrontamiento. A continuación se presentan las categorías identificadas. Cabe mencionar que en ninguna de las gráficas está representado el total de la muestra.

- **Características del cáncer:** degenerativa, detectable, curable.
- **Factores de riesgo.** Los participantes identifican con acierto un gran número de factores de riesgo para padecer cáncer de mama y le atribuyen el mayor peso a pertenecer al sexo femenino (ver Fig. 9). Las palabras registradas son: grasa, falta de actividad física, alimentación, radiación, hereditario, mujer, menarquía precoz, contaminación, edad, madre, mujer y menopausia tardía.

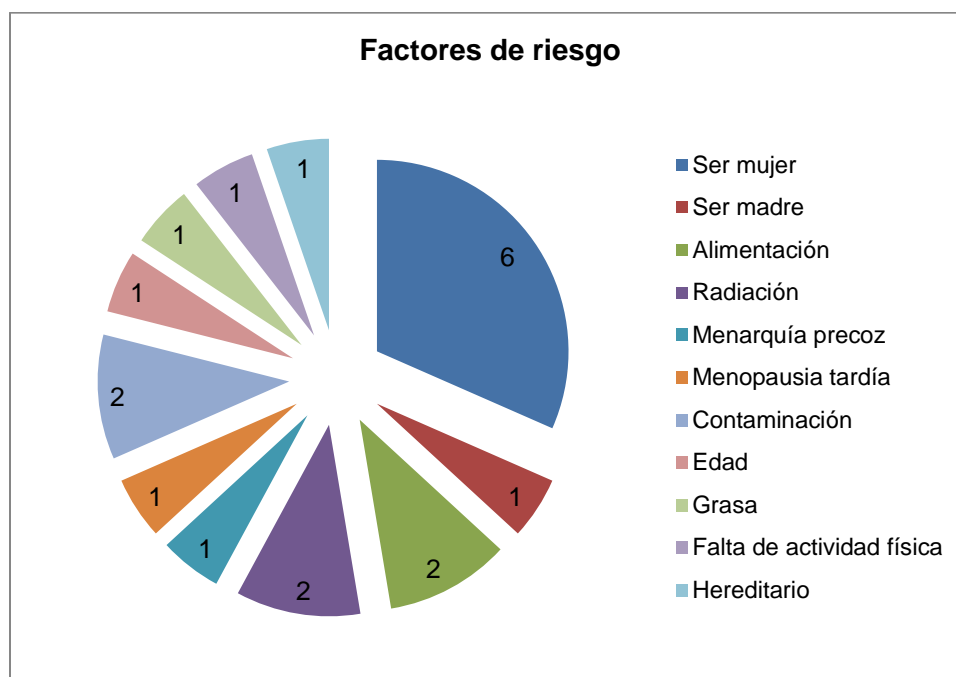


Figura 9. Factores de riesgo identificados

- Aspectos médicos.** Esta fue la categoría que mencionó el mayor número de participantes, utilizando diferentes sinónimos, ya que la palabra cáncer remite de inmediato a situaciones hospitalarias, cirugías y tratamientos tales como la quimioterapia y radioterapia (ver Fig. 10). Las palabras anotadas fueron: enfermedad, busto, estudio, senos, salud, células malignas, tratamiento, detección, tumor, glándulas mamarias, padecimiento, metástasis, radioterapia, extirpación, mastografía, amputación, médico, quiste, operación, células, exploración, prevención, biopsia, tumores, quimioterapia, mutilación, bolitas, crecimiento anormal, prótesis, revisión, quistes, hospital, medicamento, no funcionalidad, auscultación, crecimiento, implante, bolitas, radioterapia, medicina, enfermera, tumores, cirugía, salud, inmunidad y estudio.



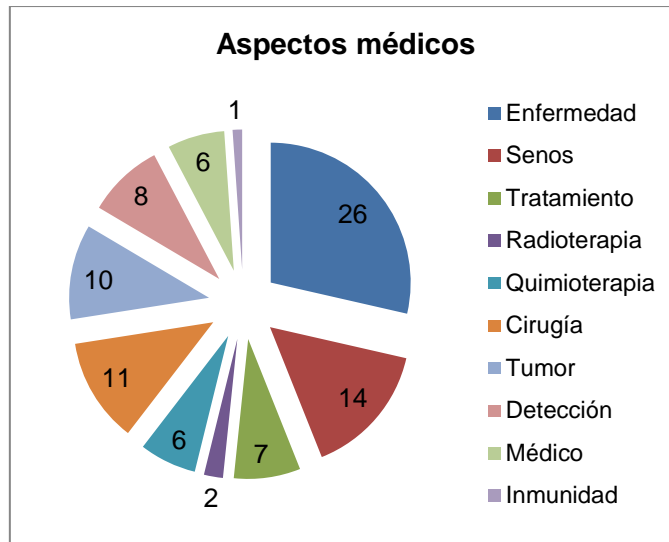


Figura 10. Aspectos médicos identificados

- Ideas.** En esta categoría se agruparon las palabras que consideran al cáncer como producto del descuido y la ignorancia, así como las que implican la necesidad de asumir una postura reflexiva en la solución del problema y las que consideran al cáncer como una oportunidad de replantearse estilos de vida y de analizar los estereotipos sobre la belleza femenina (ver Fig. 11). Las palabras asociadas fueron: problema, peligro, riesgo, desinformación, ignorancia, descuido, desconocimiento, difícil, oportunidad. solución, estereotipo, falta de atención, oportunidad, falta de información y reflexión.

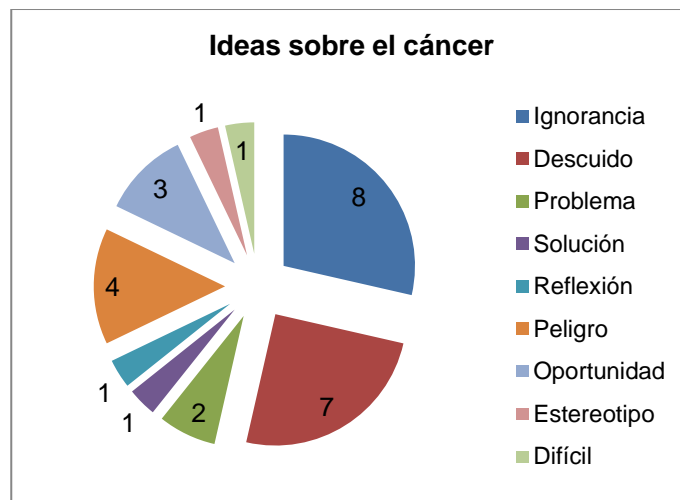


Figura 11. Ideas sobre las causas del cáncer

- Creencias:** En esta categoría se agruparon las palabras que se refieren a mitos sobre el cáncer tales como: es sinónimo de muerte, ciertos alimentos e industrias lo producen, es una prueba de vida y hay algo que se tiene que aprender de esa experiencia (ver Fig. 12). Las palabras incluidas son: muerte, golpe, malo, pollo, nodriza, apretón, cerdo, golpes, muerte, prueba de vida, mordida de bebé, Monsanto.

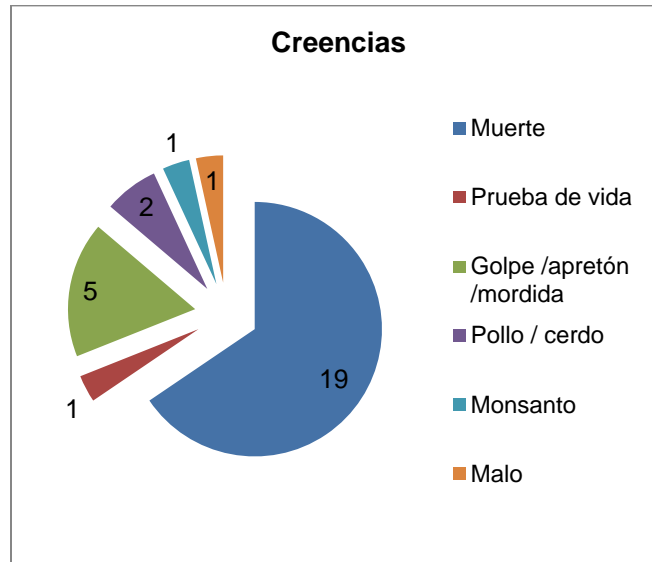


Figura 12. Creencias identificadas

- Secuelas físicas:** Muchos participantes identifican al dolor como la principal consecuencia de la enfermedad, las más evidentes son la pérdida de un seno y la caída del cabello. En este caso dejaron fuera muchos de los síntomas que como consecuencia del propio tratamiento sufren las pacientes, lo que nos revela falta de información (ver Fig. 13). Las palabras registradas fueron: dolor, malestar, caída del cabello, fatiga y mutilación.

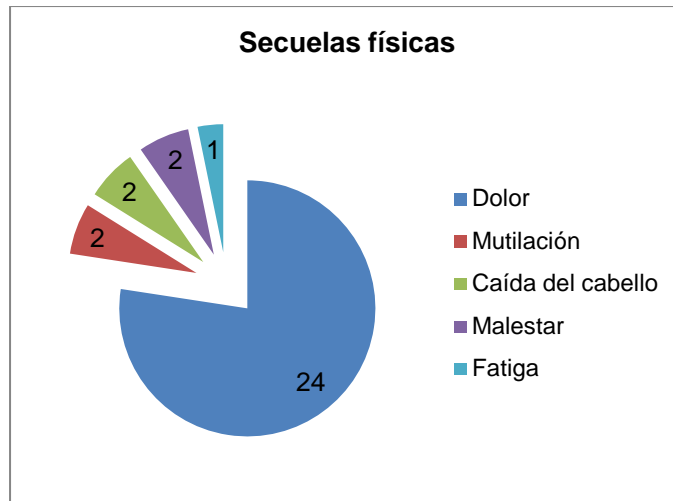


Figura 13. *Secuelas físicas del cáncer*

- **Factores de protección.** Entre los factores de protección mencionados se encontró la autoexploración y el autocuidado, la cultura de prevención y la responsabilidad por la propia salud (ver Fig. 15). Las palabras incluidas fueron: autoexploración, prevención y responsabilidad.

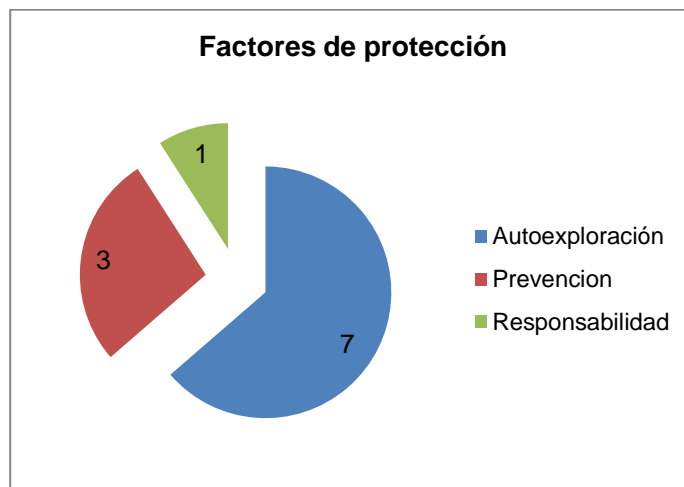


Figura 15. *Factores de protección*

- **Efectos emocionales del cáncer.** Es relevante que los participantes identifiquen muchas de las implicaciones que el cáncer de mama tiene sobre la salud emocional de las pacientes. En las respuestas se pueden encontrar coincidencias con la literatura al respecto, por ejemplo, que se trata de una crisis que desestructura a la persona, a la pareja, a la familia y

modifica la cotidianidad de manera importante. Mencionaron también a la incertidumbre como una emoción que acompaña a las pacientes y sus familiares durante la enfermedad e incluso mucho tiempo después de terminado el tratamiento. Asimismo, se encontraron referencias a la depresión y ansiedad, muy comunes en pacientes con cáncer (ver Fig. 14). Las palabras anotadas fueron: intranquilidad, temor, angustia, miedo, sufrimiento, depresión, problemas psicológicos, crisis, pérdida, incertidumbre, trauma, tristeza, estrés, frustración, baja autoestima, preocupación, desamparo, culpa, aislamiento, miedo, negación, soledad, pena, duda e impotencia.

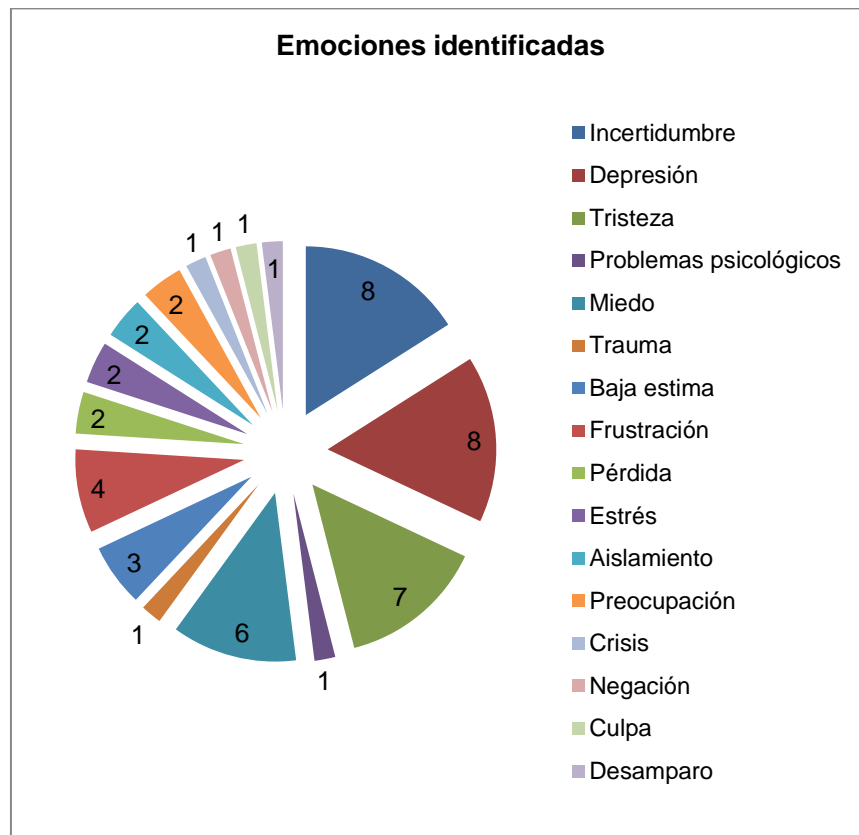


Figura 14. Emociones relacionadas con el cáncer

- Recursos de afrontamiento.** En esta categoría los participantes dieron algunas respuestas relacionadas con las actitudes que permiten enfrentar el cáncer de mejor manera y la necesidad de contar con redes de apoyo. Asimismo, destacan el amor como un recurso importante para superarlo (ver Fig. 16). Las palabras registradas fueron: valentía, cuidados, unión,

lucha, ayuda, atención, sentimientos, amor, esperanza, fortaleza, tolerancia, economía, familia, coraje, cariño, apoyo.

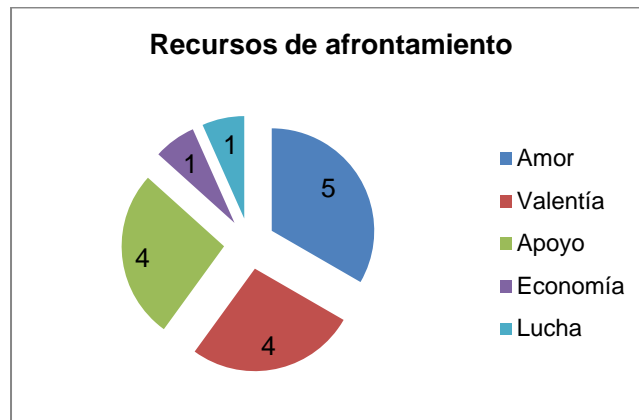


Figura 16. Recursos de afrontamiento

Tabla 41

*Palabras asociadas con el cáncer de mama*

Palabras que asocia al cáncer de mama	1	2	3	Total	%
Enfermedad /padecimiento /degenerativa	17	6	4	27	12.4
Dolor /sufrimiento	11	18	6	25	11.5
Muerte /terminal	9	1	11	21	9.6
Senos /busto /glándulas mamarias /jugo láctico /nodriza	11	4	1	16	7.3
Tratamiento/ radioterapia/quimioterapia	2	8	5	15	6.9
Amputación /extirpación /operación /mutilación /implante /cirugía /prótesis	3	4	4	11	5
Tumor / metástasis /células malignas / células /bolitas /crecimiento anormal /quistes / crecimiento /no funcional	4	6		10	4.6
Cuidado /atención /autocuidado	2	3	5	10	4.6
Estudio /detección /mastografía /biopsia /revisión /auscultación /detectable	4	2	3	9	4.1
Intranquilidad /angustia /incertidumbre /duda	2	3	3	8	3.6
Autoexploración /prevención /hábito /exploración	2	3	3	8	3.6
Desinformación /ignorancia / desconocimiento / falta de información	2	4	2	8	3.6
Depresión	5	2	1	8	3.6
Mujer /madre		3	4	7	3.2
Tristeza /pena		3	4	7	3.2
Descuido /falta de atención	4	1	2	7	3.2
Médico /hospital /medicamento /medicina /enfermera /salud /curable	2	2	4	7	3.2
Problema /problemas psicológicos /prueba de vida /solución /reflexión	2		4	6	2.7
Temor/ miedo	2	2	2	6	2.7
Golpe /apretón /mordida /trauma	3	3	1	6	2.7
Amor /sentimientos / cariño /esperanza /tolerancia		2	3	5	2.3
Autoestima /baja estima		4	1	5	2.3
Valentía /coraje /fortaleza	1		3	4	1.8
Peligro / riesgo	3		1	4	1.8

Continuación Tabla 41

Palabras que asocia al cáncer de mama	1	2	3	Total	%
Unión /apoyo /ayuda /familia	1	1	2	4	1.8
Frustración /impotencia		2	2	4	1.8
Pérdida/pérdida de pelo	1	1	2	4	1.8
Oportuna/oportunidad		2	1	3	1.3
Pollo/cerdo/	1	1		2	0.9
Malestar	1		1	2	0.9
Alimentación/estómago	2			2	0.9
Radiación		2		2	0.9
Estrés		1	1	2	0.9
Menarquía precoz /menopausia tardía		1	1	2	0.9
Contaminación /Monsanto		1	1	2	0.9
Aislamiento/soledad		1	1	2	0.9
Preocupación		2		2	0.9
Responsabilidad	1			1	0.46
Fatiga			1	1	0.46
Difícil		1		1	0.46
Inmunidad			1	1	0.46
Crisis	1			1	0.46
Malo	1			1	0.46
Economía			1	1	0.46
Edad			1	1	0.46
Lucha	1			1	0.46
Estereotipo			1	1	0.46
Grasa	1			1	0.46
Negación			1	1	0.46
Falta de actividad física	1			1	0.46
Hereditario		1		1	0.46
Culpa		1		1	0.46
Desamparo		1		1	0.46
Pie		1		1	0.46

## Causas del cáncer de mama

Con respecto a la pregunta ¿Por qué cree que una mujer enferma de cáncer de mama? los participantes dieron una gran variedad de respuestas, mismas que fueron agrupadas en nueve rubros: falta de cultura de prevención, herencia, estilo de vida, biológicas, ambientales, violencia, falta de información, emocionales e institucionales. Cabe mencionar que el número de respuestas no corresponde con el número de participantes, ya que algunos registraron dos o más causas posibles (ver Tabla 42).

- **Falta de cultura de prevención.** El 25% de los participantes considera que no existe una cultura de prevención, que no hay hábitos de autocuidado ni de revisión médica. Asimismo mencionan la irresponsabilidad, el descuido y la desidia como factores que influyen en la aparición del cáncer, así como el no buscar ayuda especializada de manera oportuna.
- **Herencia.** El 25% de los participantes atribuye el cáncer a factores genéticos.
- **Estilo de vida.** El 19% de los encuestados mencionó algún factor relacionado con el estilo de vida actual que incluye modificaciones en la dieta y en la actividad física, tales como el tipo de alimentación, no amamantar, el uso de antitranspirantes, el consumo de alcohol, el estilo de vida, sobrepeso, consumo de tabaco, sedentarismo y el estrés permanente.
- **Biológicas.** El 7% de los participantes mencionaron los desarreglos hormonales, pertenecer al sexo femenino y la edad.
- **Ambientales.** El 6% de los participantes atribuyen la incidencia del cáncer de mama a condiciones ambientales, tales como la radiación, la luz solar y la exposición a productos químicos.
- **Violencia.** El 6% de los participantes considera a la violencia como causa del cáncer de mama. En este rubro se incluyen el maltrato físico, ya se trate de golpes o mordidas y el machismo.
- **Falta de información.** El 4% de los participantes refiere desconocimiento de los síntomas de la enfermedad y del propio cuerpo.



- **Emocionales.** El 3% de los participantes mencionó como causas del cáncer la pena a ser revisadas por el médico, el resentimiento, el temor a descubrir que se padece cáncer y la baja autoestima.
- **Institucionales.** La negligencia médica y falta de equipo fue mencionado por el 1% de los participantes como causas del cáncer de mama.

Tabla 42

*Causas del cáncer de mama*

Causas	1	2	3	4	Total	%
No contesto	2				2	1
Falta de cultura de la prevención	31	10	2	3	46	25
Herencia	39	5	2		46	25
Alimentación	3	1	5	1	10	5
Maltrato físico	4	4	2		10	5
Ambientales		5	3	2	10	5
Hormonales	6	3			9	5
No amamantar	1	6		1	8	4
Desconocimiento	5		2		7	4
Lo ignoro	6				6	3
Estrés	1		3		4	2
Sobrepeso	2	1			3	2
Desodorantes	2		1		3	2
Consumo de tabaco	1		1		2	1
Sexo femenino	1	1			2	1
Pena		2			2	1
Edad		2			2	1
Falta de actividad física		2			2	1
Consumo de alcohol			2		2	1
Estilo de vida		1		1	2	1
Resentimiento		1	1		2	1
Negligencia medica		1	1		1	0.5
Falta de equipo médico			1		1	0.5
Baja autoestima	1				1	0.5
Temor		1			1	0.5
Machismo			1		1	0.5
Medicamentos				1	1	0.5

## **Atención oportuna del cáncer de mama**

Puesto que en la actualidad el cáncer de mama es una enfermedad curable, si se detecta a tiempo, se preguntó a los participantes ¿Por qué cree que muchas mujeres llegan al hospital en una etapa avanzada de la enfermedad? Las respuestas que dieron los participantes se agruparon en los siguientes rubros: falta de cultura de prevención, ignorancia, prejuicios, miedo, falta de recursos económicos, servicios médicos deficientes, creencias y otras (ver Tabla 43). El número de respuestas supera al de participantes, ya que algunos anotaron dos o más motivos posibles.

- **Falta de cultura de prevención.** El 49% de los participantes considera que se debe a la falta de una cultura de prevención, al descuido, a no realizar la autoexploración y no acudir a revisiones periódicas con el médico.
- **Ignorancia.** El 25% de los participantes considera que las mujeres no acuden al médico a tiempo debido a la ignorancia, que hace falta información acerca de los síntomas de la enfermedad, no sólo a la mujer, sino también a la pareja y a la familia.
- **Prejuicios.** El 10% de los participantes refiere que otro motivo para no ir al hospital en una etapa temprana de la enfermedad es el pudor y los prejuicios para dejarse mirar y tocar por un extraño, el médico.
- **Miedo.** El 6% de los encuestados considera que el miedo a padecer cáncer impide a muchas mujeres realizarse exámenes de rutina.
- **Falta de recursos económicos.** La falta de recursos económicos para realizarse estudios periódicos es un motivo expresado por el 3% de los participantes.
- **Servicios médicos deficientes.** El 2% de los participantes menciona los servicios médicos deficientes, así como la desconfianza de algunas mujeres en los médicos como razón de no acudir a los servicios médicos de manera oportuna.
- **Creencias.** El 2% de los participantes menciona la creencia de algunas mujeres de que eso no les va a pasar, que ellas no van a tener cáncer.

- **Otras.** La falta de comunicación en la pareja, la baja autoestima, una educación sexual inadecuada y el machismo son otros de los motivos por los que las mujeres no se atienden a tiempo, en opinión de los participantes.

Tabla 43

*Motivos por los que las mujeres no se atienden a tiempo*

Motivos de no atenderse a tiempo	1	2	3	4	Total	%
Falta de cultura de prevención	66	17	2		85	49
Falta de información	27	14	2		43	25
Pudor , prejuicios	6	8	4		18	10
Miedo	4	5	2		11	6
Solvencia económica	1	4			5	3
Servicios médicos deficientes/ desconfianza en los médicos		1	2	1	4	2
Creencia de que no van a tener cáncer		3		1	4	2
Falta de comunicación en la pareja	1				1	0.6
Baja autoestima				1	1	0.6
Falta de equipo médico		1			1	0.6
Educación sexual inadecuada	1				1	0.6
Machismo			1		1	0.6

En cuanto a si alguna mujer cercana ha padecido cáncer de mama, 42 participantes respondieron de manera afirmativa. En 21 casos había una relación de parentesco, mientras que en los otros 21 casos se trataba de amistades cercanas. Esta situación nos muestra que la incidencia del cáncer de mama se encuentra en aumento, por lo que es necesario tomar medidas de prevención y de información a la población en riesgo, así como a sus parejas y familias (ver Tabla 44).

Tabla 44

*Mujeres cercanas que han padecido cáncer de mama*

Parentesco	Frecuencia
Abuela	3
Madre	2
Tía	6
Hermana	2
Prima	6
Esposa	1
Cuñada	1
Amiga	21

### **Aspectos de la vida cotidiana afectados por el cáncer de mama**

Se solicitó a cada participante que jerarquizara 6 aspectos, asignando el número 1 al que considerara más afectado cuando una mujer tiene cáncer de mama y así sucesivamente hasta asignar 6 al aspecto menos afectado. Además de jerarquizar dichos aspectos, 15 participantes agregaron otros. Aunque 11 participantes no siguieron la instrucción, agregaron también otros aspectos afectados. Dos no respondieron.

- **Economía familiar.** El 41% de los participantes considera que la economía familiar es el aspecto más afectado cuando una mujer tiene cáncer de mama, tanto por el alto costo del tratamiento como por el hecho de verse impedida de trabajar, al menos durante un periodo largo de tiempo.
- **Intimidad de la pareja.** El 15% de los participantes considera que la intimidad de la pareja es el aspecto más afectado.
- **Cuidado de los hijos.** El 14% considera que el cuidado de los hijos es el aspecto más descuidado cuando la mujer padece cáncer de mama.

- **Labores domésticas.** El 9% señala a las labores domésticas como el aspecto más descuidado.
- **Sexualidad.** Sólo el 5% considera que la sexualidad es el aspecto de la relación de pareja más afectado. Esto no concuerda con la literatura, donde se señala que la sexualidad es precisamente uno de los aspectos de la vida de pareja más afectados por las secuelas del tratamiento sobre el cuerpo de la mujer, su apariencia y autoconcepto.
- **Amor.** Sólo el 4% de los participantes considera que el amor es lo más afectado en la relación (ver Tabla 45).

Tabla 45

*Aspectos de la vida cotidiana afectados por el cáncer de mama*

Aspectos	1 <sup>o*</sup>	2 <sup>o*</sup>	3 <sup>o*</sup>	4 <sup>o*</sup>	5 <sup>o*</sup>	6 <sup>o*</sup>	N/R*
Economía familiar	41	14	10	8	6	7	15
Sexualidad	5	17	10	21	16	12	18
Intimidad de la pareja	15	11	13	15	15	10	19
Cuidado de los hijos	14	19	16	11	10	10	18
Amor	4	3	11	10	14	38	19
Labores domésticas	9	11	15	6	12	30	17

N/R - no respondió \*La cantidad está dada en porcentaje

En contraste, los aspectos menos afectados son los siguientes:

- **Amor.** El 38% considera que el amor es lo menos afectado por el cáncer de mama.
- **Labores domésticas.** El 30% señala a las labores domésticas como el aspecto menos descuidado.
- **Sexualidad.** El 12% considera que la sexualidad es el aspecto menos afectado.

- **Intimidad de la pareja.** El 10% de los participantes considera que la intimidad de la pareja es el aspecto menos afectado.
- **Cuidado de los hijos.** El 10% considera que el cuidado de los hijos es el aspecto menos descuidado cuando la mujer padece cáncer de mama.
- **Economía familiar.** El 7% de los participantes considera que la economía familiar es el aspecto menos afectado cuando una mujer tiene cáncer de mama, lo cual implica el desconocimiento del alto costo del tratamiento.

A continuación se registran otros aspectos que 26 participantes proporcionaron. Cabe mencionar que entre ellos hay 12 personas que han convivido con mujeres que padecieron o padecen cáncer de mama.

- El impacto emocional del cáncer de mama desequilibra tanto a la pareja como a la familia.
- Lo más afectado es el estado de ánimo de la mujer, su salud emocional.
- Su autoestima se ve disminuida.
- Se ve afectada la relación en general, pues algunas mujeres se vuelven inseguras e irritables.
- Ninguno, si se comparte con la familia y todos apoyan.
- Se modifican los hábitos y cuidados.
- La salud.
- El cáncer de mama ocasiona la desintegración familiar.

### **Caracterización de la mujer con cáncer de mama**

Con la finalidad de conocer de qué manera caracterizan a una mujer con cáncer de mama se solicitó a los participantes que anotaran tres palabras que la describieran. Los resultados muestran una amplia gama de características, así como una gran ambivalencia entre ellas, ya que mientras algunos adjetivos son positivos y destacan la fortaleza de dichas mujeres, otros son despectivos y ponen de relieve el descuido sobre su propia salud. Cabe mencionar que el número de

respuestas no coincide con el número de participantes, ya que 11 no respondieron esta parte del cuestionario y 8 lo hicieron de manera parcial.

De manera global, la mayoría de los participantes retratan a una mujer **fuerte y valiente, pero triste**. Sin embargo, es posible encontrar situaciones contrastantes en cada una de las categorías establecidas. Dichas categorías fueron: estilos de afrontamiento, estado de ánimo, estado de salud, aspecto físico, estatus social y creencias (ver Tabla 46).

- **Estilos de afrontamiento.** El 51% de las respuestas describen la forma en que la mujer se enfrenta al cáncer: como guerrera, fuerte, valiente, con voluntad, capaz, motivada, de manera armoniosa, con esperanza, responsable y comprometida, reflexiva, utilizando sus redes de apoyo, con deseos de superar esa etapa para ver crecer a sus hijos, de manera pragmática, con constancia, con buena actitud, protectora, promotora del cuidado de los demás, como un reto a superar y con energía.
- **Estado de ánimo.** El 25% de los participantes describieron a una mujer triste, deprimida, sufriendo, preocupada, temerosa, insegura, alterada, derrotada, culpable, agresiva y sentimental. De manera contrastante señalan que se valora más.
- **Estado de salud.** El 13% de los participantes mencionan a una mujer enferma, débil, adolorida, se refieren también a síntomas del cáncer tales como supuración, olor e hinchazón, a la condición de convaleciente y desahuciada. De manera contrastante se refieren a la posibilidad de curación, a que está viva y sana.
- **Apariencia físico.** Sólo el 5% de los participantes se refirió a la apariencia de la mujer que padece cáncer de mama. Las respuestas que indican que la mujer está incompleta o discapacitada, envejecida, sin cabello y robusta, contrastan con las que indican que es una mujer bonita y normal.
- **Status social.** Sólo el 4 % de los participantes se refirieron a los roles tradicionales que la mujer ejerce, tales como madre y esposa, así como a

las relaciones sociales y de pareja que mantiene, tales como: aislada, reservada, amor y desamor.

- **Creencias.** El 3% de los participantes refiere algunas creencias. Aunque sólo se trata de un caso, la pregunta *¿qué dirían?* nos remite a los mitos sobre el cáncer, y nos deja ver que algunas personas aún consideran a esta enfermedad como un estigma tanto para la mujer como para su familia. También se incluyeron aquí algunas palabras que nos indican que la responsabilidad de su enfermedad es de la propia mujer, sin tomar en cuenta el entorno social en el que vive, tales como descuidada, irresponsable, floja, ignorante, mediocre y desafortunada.

Tabla 46

*Características de la mujer que padece cáncer de mama*

Adjetivos	Frecuencia	%
Fuerte/fuerza/fortaleza resistente/tenaz	30	10
Triste/tristeza/infelicidad/nostálgica/infelicidad/llanto	24	8
Valentía/valor/heroica/arriesgada/emprendedora/con ganas	20	7
Guerrera/luchadora	14	5
Sufrida/estoica/resignación/sufrimiento/aceptación al mal	12	4
Depresión/depresiva/deprimida/desanimada/apática	11	4
Enferma	11	4
Débil/delicada/frágil/vulnerable/decaída	10	3
Voluntad/decisión/coraje/decidida/de carácter	9	3
Cuidadosa/preventiva/atenta/atención	8	3
Incompleta/ ya no eres mujer/ mala apariencia física/ bajo peso/ diferente / especial/ discapacitada	7	2
Preocupación/ preocupada	7	2
Temerosa/miedo/angustia/asustada	6	2
Armoniosa/positiva/ solidaridad/comprendiva/ alegre	5	2
Insegura/tímida/ baja autoestima	5	2
Capaz	5	2
Aislada/soledad/sola	5	2
Adolorida/doliente	4	1
Supuración/olor/hinchazón/supura	4	1



Continuación Tabla 46  
*Características de la mujer que padece cáncer de mama*

<b>Adjetivos</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Motivación/motivadora/alentadora/entusiasta	4	1
Curación/cura/tratamiento	3	1
Convaleciente/paciente	3	1
Envejecida demacrada cansada	3	1
Esperanza/ fe	3	1
Amor/desamor	3	1
Descuidada/irresponsable	3	1
Derrotada/impotencia/desesperada	3	1
Hacerla menos/lástima	2	0.6
Madre/esposa	2	0.6
Normal	2	0.6
Apoyo	2	0.6
Alterada/inquieta/ desconcertada	3	0.6
Reflexiva/consciente	2	0.6
Comprometida/responsable	2	0.6
Actitud	2	0.6
Autoestima/se valora mas	2	0.6
Pragmática/objetiva	2	0.6
Superación /ver crecer a sus hijos	2	0.6
Tierna/ternura	2	0.6
Constante/perseverante	2	0.6
Desahuciada	1	0.3
Energía	1	0.3
Desafortunada	1	0.3
Promotora del cuidado de los demás	1	0.3
Sentimental	1	0.3
Floja	1	0.3
Precoz	1	0.3
Robusta	1	0.3
Ignorante	1	0.3
Culpabilidad	1	0.3

Continuación Tabla 46

Adjetivos	Frecuencia	%
¿Qué dirían?	1	0.3
Bonita	1	0.3
Agresiva	1	0.3
Viva	1	0.3
Sana	1	0.3
Mediocre	1	0.3
Reto	1	0.3
Protectora	1	0.3
Reservada	1	0.3
Sin cabello	1	0.3

### Prevención del cáncer de mama

A la pregunta ¿De qué manera podría ayudar a su pareja a prevenir el cáncer de mama? los participantes respondieron: recordándole la importancia de las revisiones médicas y de la autoexploración, brindándole apoyo emocional, obteniendo y compartiendo información con ella, modificando el estilo de vida, ayudando en las labores cotidianas, tales como el cuidado de los hijos y brindando apoyo económico (ver Tabla 47).

- **Revisión médica de rutina.** El 62% de los participantes afirman que apoyarían a su pareja recordándole que debe acudir a revisiones periódicas con el médico. Además, 23 de ellos están dispuestos a acompañarlas a sus revisiones de rutina.
- **Autoexploración.** El 24% de los participantes solicitarían a su pareja que se explore los senos de manera periódica.
- **Informarse.** El 11% de los participantes reconocen la importancia de mantenerse informados y de investigar acerca de la enfermedad, así como de compartir dicha información con sus parejas.
- **Emocional.** De acuerdo con el 10% de los participantes, el apoyo emocional es primordial, por lo que le harían saber a su pareja lo importante

que es en su vida, asegurándole que no estará sola en caso de enfermedad y trabajando en su autoestima.

- **Estilo de vida.** El 9% de los participantes refiere que apoyaría a su pareja a modificar los patrones de alimentación, de actividad física, a evitar el consumo de alcohol y a llevar una vida más tranquila.
- **Vida cotidiana.** Sólo uno de los participantes mencionó el cuidado de los hijos como un apoyo importante para la mujer.
- **Económico.** Sólo uno de los participantes se refirió al apoyo económico que está dispuesto a brindar a su pareja.

Cabe mencionar que 4 participantes no respondieron, mientras que tres se enfocaron en la manera en que apoyarían a su pareja si ésta tuviera cáncer de mama y no tanto en la prevención. A continuación se transcriben dichas respuestas:

- *“Apoyando hasta el final”.*
- *“Apoyo de todo tipo, económico, emocional, cuidado de los hijos, respaldo en sus decisiones, diálogo, empatía: me rasuraría la cabeza”.*
- *“Apoyándola en todo momento y demostrándole lo valiosa que es para mí”.*

Tabla 47

*Acciones de prevención del cáncer de mama*

<i>Acciones</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>Total</i>	<i>%</i>
Revisiones médicas /mastografía	32	20	1			53	43
Autoexploración	24	6				30	24
Acompañarla al servicio médico	18	4	1			23	19
Obtener información y compartirla	11	2	1			14	11
Apoyo emocional /darle más amor/empatía /respaldo a sus decisiones	5	3				8	6
Modificar la alimentación	3	2	2			7	6
Comunicación y confianza en la pareja	4	2		1	1	7	6
Hacerle saber lo valiosa que es		2				2	2
Vida saludable/actividad física	1	1				2	2
Apoyo económico	1	1				2	2
Infundirle fe			1			1	1
Asegurarle que no estará sola si enferma		1				1	1
Evitar el consumo de bebidas alcohólicas			1			1	1
Cuidado de los hijos				1		1	1
Llevar una vida tranquila					1	1	1
Mejorar autoestima	1					1	1

**Razones para permanecer en la relación**

Todos los participantes respondieron que se quedarían con su pareja en el supuesto de que ella padeciera cáncer de mama. La mayoría de los participantes refiere que el amor es la razón por la que mantendrían su relación. También

mencionaron la función de la pareja como apoyo y soporte mutuo y algunos hicieron incluso una paráfrasis de sus votos de matrimonio.

- **El amor.** De acuerdo con el 54% de los participantes, el amor es la principal razón para permanecer con la pareja, ya que el cáncer no afecta los lazos emocionales. Uno de los participantes refiere que su esposa es superviviente de cáncer de mama.
- **La función de la pareja.** El 48% de los participantes mencionaron que el apoyo es fundamental en la pareja y es el momento en que la mujer lo necesita más, que tienen un proyecto de vida juntos y cuentan con el apoyo mutuo en cualquier situación, porque ella es importante en su vida y desean luchar juntos.
- **La solidaridad.** El 6% refiere que se quedaría con su pareja por solidaridad, afecto, humanidad, salud y lealtad.
- **Aprendizaje.** Uno de los participantes mencionó que se quedaría porque tal vez tenga que aprender algo de esa experiencia.

A continuación se transcriben algunos ejemplos de respuestas:

- *“Porque la amo y estaría con ella en todo momento, en las buenas y en las malas”.*
- *“Es una enfermedad difícil, sólo con apoyo de la pareja se puede superar”.*
- *“De alguna manera buscaría la correspondencia al apoyo que brinda en todas las situaciones que se presentan en la vida de pareja”.*
- *“En una pareja se comparte, incluida la felicidad y la desdicha, pero también las soluciones y las esperanzas”.*

### **5.2.1 Análisis de las representaciones masculinas acerca del cáncer de mama**

Los resultados permiten afirmar que para este grupo de hombres los senos no tienen un papel primordial en la atracción hacia el sexo opuesto, ya que sólo el

14% de los participantes se siente más atraído por los senos que por otra parte del cuerpo femenino.

El cáncer de mama representa para los hombres **enfermedad, dolor y muerte**. Las palabras que asocian con dicha enfermedad proporcionan una visión amplia de lo que implica e incluyen aspectos tales como: factores de riesgo, aspectos médicos, ideas, creencias, características del cáncer, consecuencias físicas, consecuencias emocionales, factores de protección y recursos de afrontamiento.

Con respecto a las causas del cáncer de mama los participantes refieren que no existe una cultura de prevención, que no hay hábitos de autocuidado ni de revisión médica, que la irresponsabilidad, el descuido y la desidia son factores que influyen en la aparición del cáncer, así como no buscar ayuda especializada de manera oportuna. Entre otras causas mencionaron: la herencia, el estilo de vida con los cambios en la alimentación, no amamantar a los hijos, el uso de antitranspirantes, el consumo de alcohol, el sobrepeso, el consumo de tabaco, el sedentarismo y el estrés permanente; biológicas como los desarreglos hormonales, pertenecer al sexo femenino y la edad; ambientales como la radiación, la luz solar y la exposición a productos químicos; la violencia manifestada en forma de maltrato físico, ya se trate de golpes o mordidas, y el machismo; la falta de información acerca de los síntomas de la enfermedad y del propio cuerpo; emocionales tales como la pena a ser revisadas por el médico, el resentimiento, el temor a descubrir que se padece cáncer y la baja autoestima; e institucionales, tales como la negligencia médica y la falta de equipo especializado.

Los participantes consideran que muchas mujeres llegan al hospital en una etapa avanzada de la enfermedad porque existe falta de cultura de prevención, descuido, por no realizar la autoexploración y no acudir a revisiones periódicas con el médico; la ignorancia, que hace falta información acerca de los síntomas de la enfermedad, no sólo a la mujer, sino también a la pareja y a la familia; el pudor y los prejuicios para dejarse mirar y tocar por un extraño; asimismo, el miedo a padecer cáncer impide a muchas mujeres realizarse exámenes de rutina; la falta de recursos económicos para realizarse estudios periódicos; los servicios médicos

deficientes, así como la desconfianza de algunas mujeres en los médicos; la creencia de que eso no les va a pasar, que ellas no van a tener cáncer; la falta de comunicación en la pareja, la baja autoestima, una educación sexual inadecuada y el machismo son otros de los motivos por los que las mujeres no se atienden a tiempo.

De los 105 participantes 42 conocen a alguna mujer que ha padecido cáncer de mama, tanto en su círculo familiar como entre sus amistades, lo que muestra que la incidencia del cáncer de mama se encuentra en aumento, por lo que es necesario tomar medidas de prevención y de información a la población en riesgo, así como a sus parejas y familias.

Entre los aspectos de la vida cotidiana que se ven más afectados por el cáncer los participantes refieren en orden decreciente la economía familiar, tanto por el alto costo del tratamiento como por el hecho de que la mujer deja el trabajo, al menos durante un periodo largo de tiempo; la intimidad de la pareja; el cuidado de los hijos; las labores domésticas; la sexualidad y el amor. Además, otros aspectos se refieren al impacto emocional que desequilibra tanto a la pareja como a la familia, el estado de ánimo de la mujer, su salud emocional; la autoestima de la mujer se ve disminuida, la relación en general, pues algunas mujeres se vuelven inseguras e irritables, se modifican los hábitos y cuidados, el cáncer de mama ocasiona la desintegración familiar.

Los participantes describen a una mujer con cáncer de mama utilizando una amplia gama de características, tanto positivas como negativas, ya que destacan la fortaleza de dichas mujeres, pero ponen de relieve el descuido sobre su propia salud. De manera global, la mayoría de los participantes retratan a una mujer ***fuerte y valiente, pero triste.***

Asimismo, refieren diversas maneras de ayudar a su pareja a prevenir el cáncer de mama, tales como: recordarle la importancia de las revisiones médicas y de la autoexploración, brindarle apoyo emocional, obtener y compartir información con

ella, modificar el estilo de vida, ayudar en las labores cotidianas, tales como el cuidado de los hijos y brindarle apoyo económico.

Todos los participantes respondieron que se quedarían con su pareja en el supuesto de que ella padeciera cáncer de mama y la mayoría refiere que el amor es la razón por la que mantendrían su relación. También mencionaron la función de la pareja como apoyo y soporte mutuo, la solidaridad y la necesidad de aprender de esa experiencia.

### **5.3 Conclusiones, sugerencias y limitaciones**

Las investigaciones que exploran la mirada masculina desde la pareja, cuya mujer tiene cáncer de mama, son limitadas. La presente investigación explora las representaciones de los hombres sobre el cáncer de mama. Se parte de que el cáncer de mama es una enfermedad multifactorial, en la cual las representaciones masculinas constituyen una dimensión de análisis. En la pareja, la representación y la participación masculina incide en las diversas maneras de afrontar la enfermedad.

En México, las acciones y las políticas gubernamentales contra el cáncer de mama han tenido pocos alcances para atender su incidencia y su tratamiento. El Estado no garantiza los recursos ni la aplicación de las normas. No existen acciones de tamizaje que atiendan a toda la población en edad de riesgo, además de que no se cuenta con la infraestructura necesaria ni el suficiente personal capacitado para atender a todas las mujeres diagnosticadas. Adicionalmente, las políticas públicas se dirigen hacia el tratamiento y no a la prevención, por lo que las muertes evitables alcanzan un alto porcentaje. Las ONGs realizan una labor de gran importancia al brindar apoyo emocional a las mujeres con cáncer de mama, como las parejas informantes evidencian.

En nuestro país las políticas públicas suelen ser diseñadas, mayormente, por hombres. Por lo que se considera necesario que exista una sensibilización previa



acerca del cáncer de mama, ya que contribuye a una mejor planeación e implementación de la política pública. Como parte de la política pública del cáncer de mama es necesario considerar que la participación masculina debe ser incluida, como parte del diseño de la misma. Puesto que la participación masculina en la pareja incide en el apoyo y en la prevención de dicha enfermedad, es conveniente realizar campañas de información dirigidas a la población en general y no sólo a las mujeres, así como realizar pláticas informativas dirigidas a los hombres, parejas de mujeres con cáncer de mama, en las instituciones que forman la red de servicios médicos oncológicos. También es conveniente elaborar material de difusión -folletos o trípticos- acerca del cáncer de mama, dirigido a los hombres donde se privilegien lemas como "Porque la quieres, ayúdala a cuidarse". Incluir la participación y la acción masculina en la política sobre cáncer de mama, implica considerar que los hombres se sientan involucrados en la prevención, en el tratamiento de la enfermedad y en el cuidado de la salud de su pareja.

El cáncer de mama y su tratamiento modifican la imagen corporal de la mujer y su apariencia física. A su vez, modifican la relación de pareja. La vergüenza e incomodidad que siente la mujer por ser vista o tocada hace que las parejas tengan problemas para establecer y mantener relaciones sexuales. Con respecto a la imagen corporal, se puede concluir que si bien los participantes manifestaron su preferencia por alguna parte del cuerpo de la mujer, lo que los atrae es más bien del conjunto que integran los senos, la cadera, las piernas y la cintura, en general. La alteración corporal y estética sobre el cuerpo femenino, producto de la pérdida de un seno o de los dos, suele influir en la representación afectiva y sexual de las parejas. La reconstrucción mamaria en mujeres mastectomizadas, suele minimizar el efecto de la cirugía en la apariencia física y en el estado anímico de la mujer. En el caso de las parejas informantes de esta investigación, se destaca que en la mayoría han podido resignificar su relación de pareja junto con su vida sexual. Se destaca que la relación de pareja en mujeres con cáncer de mama influye en la manera de afrontar la enfermedad. Para mantener la relación de pareja, durante y después del cáncer de mama, influyen más las relaciones de confianza, apoyo y afecto, lazos que van más allá de la apariencia

física y estética. Sin embargo, hace falta realizar más estudios, con población específica, para conocer el efecto que tiene la pérdida de un seno en la atracción sexual, desde la mirada masculina.

Las parejas cuya mujer ha sufrido cáncer de mama experimentan fuertes emociones. Mientras ellas refieren miedo, ira, tristeza e incertidumbre, ellos hablan de impotencia, enojo, tristeza, dolor, miedo, desesperación, angustia e incertidumbre. Como se puede observar, hay emociones coincidentes: el miedo, la ira, la tristeza y la incertidumbre. Sin embargo, el espectro es más amplio en los hombres, ya que refieren, además, impotencia, dolor, desesperación y angustia. Esto es importante, ya que nos indica que los hombres son menos racionales y más emotivos, contrario a los roles de género tradicionales de la sociedad en México. El reconocimiento de las emociones, y su manejo adecuado, pueden representar fuertes retos para los hombres. Los participantes identificaron una amplia gama de emociones que el cáncer de mama provoca en la mujer, desde la incertidumbre hasta el desamparo. Así, se puede concluir que si los hombres no cuentan con herramientas para mantener sus emociones en un nivel manejable es más posible que rompan el vínculo y abandonen a su pareja, ya que algo que les preocupa es no estar en condiciones de apoyarla.

Para las mujeres que participaron en la investigación, los hijos y la familia son lo más importante, y el apoyo incondicional de sus cónyuges ha sido fundamental para que la estructura familiar siga funcionando de la mejor manera. Esto concuerda con lo que dicen los informantes cuando mencionan que apoyan a su pareja en todo lo que pueden para que se recupere. Todos los participantes afirman también que apoyarían a su pareja porque la aman, porque la función de la pareja es el apoyo mutuo en cualquier situación o porque hay sentimientos de reciprocidad, lealtad y afecto. Sin embargo, no existe investigación que confirme lo dicho por los participantes, debido a las dificultades de realizar un estudio longitudinal que permita afirmar si la lealtad o la reciprocidad son suficientes para sostener una relación en momentos de crisis.

Para este grupo de hombres el cáncer significa **enfermedad, dolor y muerte**. Esto concuerda con el mito que dice que cáncer es igual a muerte, y que provoca que muchas personas lo consideren un estigma y no quieran hablar de él, que prefieran ignorar los síntomas y no acudir al médico oportunamente. El nivel educativo no es un predictor de las creencias que se encontrarán en el grupo. En este caso se identificaron dos creencias en los informantes: *“El cuerpo es frágil”* y *“Nunca se va a recuperar”*. Entre los participantes se encontraron también algunas creencias tales como: cáncer es igual a muerte, que es una prueba de vida, que la mordida del bebé es la causa del cáncer de mama, entre otras. El nivel educativo de los participantes, con licenciatura en su mayoría, no justifica tales creencias. Por lo anterior se sugiere realizar investigación sobre las atribuciones causales acerca del cáncer de mama de dos o tres grupos de hombres de diferentes estratos socioeconómicos.

En las parejas de mujeres con cáncer de mama el afrontamiento directo de la enfermedad es un buen predictor de recuperación, así como la participación directa del cónyuge en los cuidados después de la cirugía. Para estos hombres, lo más difícil de todo el proceso fue la cirugía y la quimioterapia que sufrió su esposa, así como estar lejos del apoyo familiar. Una buena comunicación en la pareja es una condición necesaria para mantener la confianza y brindar y recibir apoyo. Las parejas que han superado la crisis del cáncer de mama afirman que su comunicación ha mejorado, así como la confianza entre ambos.

De acuerdo con los resultados del estudio de casos se puede concluir que las parejas que pasan por la experiencia del cáncer de mama siguen juntos gracias a que mantienen un enfoque de resolución de problemas, trabajan en equipo, mantienen las emociones en un nivel tolerable, superan el duelo por la pérdida, cuentan con redes de apoyo y manifiestan sentimientos de amor, comprensión y consideración por el otro.

Los resultados muestran que no sólo la mujer vive una etapa de duelo por la salud perdida y por los cambios físicos que conlleva la enfermedad, sino que también algunos hombres pasan por un proceso de duelo, algunos sin resolver, por lo que

es necesaria la intervención psicológica. Aunque la mujer es quien sufre directamente el cáncer, para el hombre el motivo del duelo es ver a su compañera enferma y perder las atenciones que le prodigaba, así como el disfrute estético y erótico de su cuerpo, al menos temporalmente.

Así, se sugiere realizar investigación acerca de las emociones que los varones, parejas de mujeres con cáncer de mama experimentan, de los pensamientos que generan dichas emociones y la implicación que estos tienen en el apoyo que pueden brindar a su pareja o en el abandono de la misma. En especial es importante realizar investigación en los casos en los que la pareja se separa, para conocer en qué medida el manejo inadecuado de las emociones en el hombre influye en la decisión de disolver el vínculo. Se sugiere también realizar investigación desde la perspectiva de género ya que el abandono de la pareja en momentos de crisis puede ser un indicador de violencia de pareja, así como algunas opiniones de los participantes tales como "*ya no eres mujer*".

## REFERENCIAS

- American Cancer Society. (2011). *Cáncer de seno*. Recuperado de <http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/002284-pdf.pdf>
- APA. (1994). Hypnosis: a definition. *Psychological hypnosis. Bulletin of Division 30*, 13.
- Benemérita Escuela Nacional de Maestros. Recuperado de <http://dgenamdf.tripod.com/benm/pagina3.html>
- Biffi, R. & Mamede, M. (2010). Percepción del funcionamiento familiar entre familiares de mujeres supervivientes de cáncer de mama: diferencias de género. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* . 18(2). Recuperado de [www.eerp.usp.br/rlae](http://www.eerp.usp.br/rlae)
- Cerezo, M.V. Ortiz-Tallo, M. & Cardenal, V. (2009). Expresión de emociones y bienestar en un grupo de mujeres con cáncer de mama: una intervención psicológica. *Revista Latinoamericana de Psicología*. 41(1) 131-140.
- Crespo, L, & Rivera, M. L. (2012). El poder de la resiliencia generado por el cáncer de mama en mujeres en Puerto Rico. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 23, 109-126.
- Cruzado, J. (2002). Aspectos psicológicos en el cáncer de mama. En S. Delgado & A. Tejerina, *Medicina legal en patología mamaria*. (pp. 285-320). Madrid: Ediciones Díaz de Santos.
- da Silva, G. & Antonio, M. (2010). Factores estresantes del post-tratamiento del cáncer de mama: un enfoque cualitativo. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 18(4) Recuperado de [www.eerp.usp.br/rlae](http://www.eerp.usp.br/rlae)
- DeAngelis, T. (2014). Facing cancer together. *Monitor on Psychology*. 45 (1). P. 46. Recuperado de <http://www.apa.org/monitor/2014/01/facing-cancer.aspx>
- De Celis, R., Morgan, G., Bravo, A. & Feria, A. (2006). Cáncer de mama y exposición a hidrocarburos aromáticos. *e-Gnosis*, (4) Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=73000402>
- De la Vara, E., Suárez, L., Ángeles, A., Torres, G. & Lazcano, E. (2011). Tendencias de la mortalidad por cáncer de mama en México, 1980-2009. *Salud Pública de México*, 53(5) 385-393.
- Díaz, V. E. (2010). Sexualidad, cuerpo y duelo: experiencia clínica con mujeres diagnosticadas con cáncer ginecológico o de mama. *Pensamiento Psicológico*, 7(14) 155-160.

- Diccionario de la lengua Española (2013). Madrid: Real Academia Española.
- Fernández, C., Villoria, E., Amigo, I., Padierna, C., Gracia, J. M., Fernández R. & Peláez, I. (2011). Terapia de activación conductual en pacientes con cáncer. *Anales de Psicología*. 27 (2), 278-291.
- Ferrucci, L. M., Cartmel, B., Turkman, Y. E., Murphy, M. E., Smith, T. Stein, K. D. & Mccorkle, R. (2011). Causal attribution among cancer survivors of the 10 most common cancers. *Journal of Psychosocial Oncology*. 29:121–140. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1080/07347332.2010.548445>
- Flores, J. A. (1994). *La mujer ante el cáncer de mama: aspectos psicológicos*. Barcelona: Edika-med.
- Franco-Marina, F., Lozano, R., Villa, B., & Soliz, P. (2006). La Mortalidad en México, 2000-2004. Muertes Evitables: magnitud, distribución y tendencias. México. Secretaría de Salud.
- Franco-Marina F, Lazcano-Ponce E, López-Carrillo L. (2009). Breast cancer mortality in Mexico. An age-period-cohort analysis. *Salud Pública*. 51 (2) 157-164.
- García, F. E. & Rincón, P. P. (2011). Prevención de Sintomatología Postraumática en Mujeres con Cáncer de Mama: Un Modelo de Intervención Narrativo. *Terapia Psicológica*, 29(2) 175-183.
- Garduño, C., Riveros, A. & Sánchez-Sosa, J. J. (2010). Calidad de Vida y Cáncer de Mama: Efectos de una Intervención Cognitivo-Conductual. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual / Latin American Journal of Behavioral Medicine*, 1(1) 69-80.
- Giraldo, C. V. & Arango, M. E. (2009). Representaciones sociales frente al autocuidado en la prevención del cáncer de mama. *Investigación y Educación en Enfermería*, XXVII(2) 191-200.
- Gómez-Zapiain, J., Ortiz, M. J. & Gómez-Lope, J. (2012). Capacidad para aportar y solicitar apoyo emocional en las relaciones de pareja en relación con los perfiles de apego. *Anales de Psicología*, 28(1) 303-312.
- González, L. B. & Lemes, J. (2011). Supervivencia del cáncer de mama. *Archivo Médico de Camagüey*, 15(6) 972-981. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=211121510006>
- González, L. M., González, M. C., Nigenda, G. & López, L. (2010). Acciones gubernamentales para la detección temprana del cáncer de mama en América Latina: Retos a futuro. *Salud Pública de México*, 52(6) 533-543.

- Gretchen, Z. (2003). Relational coping processes: couples' response to a diagnosis of early stage breast. *Journal of Psychosocial Oncology*, 20 (4), 39-55. Recuperado de [http://dx.doi.org/10.1300/J077v20n04\\_03](http://dx.doi.org/10.1300/J077v20n04_03)
- Heredia, B. (2005). *Relación madre-hijo. El apego y su impacto en el desarrollo emocional infantil*. México: Trillas.
- Hernández, R. Fernández, C & Basptista, P. (2006). *Metodología de la investigación*. México: McGraw Hill.
- Holland, J. & Sheldon, L. (2003). *La cara humana del cáncer. Vivir con esperanza, afrontar la incertidumbre*. España: Herder.
- Instituto Nacional de Salud Pública. (1995). Relatoría del I Taller sobre vinculación de la investigación epidemiológica en programas de prevención y control de cáncer. *Salud Pública de México*. 37(4) p. 375-380.
- Juárez, D. M. & Landero, R. (2011). Imagen corporal, funcionamiento sexual, autoestima y optimismo en mujeres con cáncer de mama. *Nova Scientia*, 4(7) 17-34. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=203320117002>
- Knaul, F. M. (2009). Una mujer ante el cáncer de mama en México. *Salud Pública de México*, 51( 2) 364-371.
- Knaul F, Bustreo F, Ha E & Langer A. (2009). Breast cancer: Why link early detection to reproductive health interventions in developing countries? *Salud Pública*;51 (2) 220-227.
- Knaul, F. M., Nigenda, G., Lozano, R., Arreola-Ornelas, H., Langer, A. & Frenk, J. (2009). Cáncer de mama en México: una prioridad apremiante. *Salud Pública de México*, 51( 2) 335-344.
- Kuri, P., Vargas, M, López, Z., Rizo, P. (2003). Epidemiología del cáncer en México. En Pérez, R. (Compilador). *El cáncer en México*. México: El Colegio de México.
- Lisker, R. (2003) Las causas del cáncer. En Pérez, R. (Comp.) *El cáncer en México*. México: El Colegio de México.
- Londoño, Y. C. (2009). El proceso de adaptación en las mujeres con cáncer de mama. *Investigación y Educación en Enfermería*, XXVII (1) 70-77.
- López, L. (2003). El cáncer mamario. En Pérez, R. *El cáncer en México*. México: El Colegio de México.
- López, L., Suárez, L. & Torres, L. (2009). Detección del cáncer de mama en México: síntesis de los resultados de la Encuesta Nacional de Salud

- Reproductiva. *Salud Pública de México*, 51(2) 345-349. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10616164027>
- Maza-Fernández, M. E. & Vecchi-Martini, E. (2009). El cáncer de mama en México: evolución, panorama actual y retos de la sociedad civil. *Salud Pública de México*, 51( 2) 329-334.
- Martínez-Montañez, O. G., Uribe-Zúñiga, P. & Hernández-Ávila, M. (2009). Políticas públicas para la detección del cáncer de mama en México. *Salud Pública de México*, 51( 2) 350-360.
- Mera, P. C. & Ortiz, M. (2012). La Relación del Optimismo y las Estrategias de Afrontamiento con la Calidad de Vida de Mujeres Con Cáncer de Mama. *Terapia Psicológica*, 30(3) 69-78.
- Mikulincer, M. & Goodman, G. (2006). Dynamics of romantic love. New York: Guilford Publications.
- Mohar, A. (2003). Las causas del cáncer. En Pérez, R. *El cáncer en México*. México: El Colegio de México.
- Mohar, A., Bargalló, E., Ramírez, M. T., Lara, F. & Beltrán-Ortega, A. (2009). Recursos disponibles para el tratamiento del cáncer de mama en México. *Salud Pública de México*, 51( 2) 263-269.
- National Cancer Institute. (2013). *Lo que usted necesita saber sobre el Cáncer de Seno*. Recuperado de: <http://www.cancer.gov/espanol/tipos/necesita-saber/seno>
- Netter, F. (2003). The Ciba Collection of Medical Illustrations. Vol.2. U.S.A.: Colorpress
- Nigenda, G., Caballero, M. & González-Robledo, L. M.(2009). Barreras de acceso al diagnóstico temprano del cáncer de mama en el Distrito Federal y en Oaxaca. *Salud Pública de México*.51 (2), 254-262.
- O'Brien, M., O'Brien, T. & Yasky, J. (2011). Un novedoso grupo terapéutico para mujeres con cáncer de mama avanzado: Una experiencia australiana. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XX(3) 247-253.
- Ocampo, J., Valdez-Medina, J. L., González-Arratia, N. I., Andrade-Palos, P., Oblitas-Guadalupe, L. A. & Oliver García-Fabela, R. (2011). Variables psicológicas predictoras de la calidad de vida en pacientes con cáncer de mama. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XX(3) 265-269.
- Ocón, O., Fernández, M. F., Pérez, S., Dávila, C., Expósito, J. & Olea, N. (2010). Supervivencia en cáncer de mama tras 10 años de seguimiento en las



- provincias de Granada y Almería. *Revista Española de Salud Pública*, 84(6) 705-715.
- Olivares, M. (2006). Psicología en cáncer de mama. En M. Escudero, (Director). *Avances en cáncer de mama*. (pp. 135-164). Madrid: Real Academia Nacional de Medicina.
- Organización Panamericana de la Salud. (2013). *Cáncer en las Américas. Perfiles de país, 2013*. Recuperado de:  
[http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&gid=23457&Itemid=270&lang=es](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=23457&Itemid=270&lang=es)
- Ornelas, R. E., Tufiño, M. A & Sánchez, J. J. (2011). Ansiedad y depresión en mujeres con cáncer de mama en radioterapia: prevalencia y factores asociados. *Acta de Investigación Psicológica*, 1 (3), 401-414.
- Orozco, M., Cano, S., Gorráez, M. T., Chima, M. d. C. & Saavedra, D. (2012). Características epidemiológicas del cáncer de mama y ovario hereditario y del cáncer de mama esporádico en una muestra de la población del ISSSTE. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 17(4) 291-299.
- Pérez-Michel, L. M. d. I. A., González-Lizarraga, M. & Ornelas-Aguirre, J. M. (2009). Recurrencia de cáncer de mama en mujeres del Noroeste de México. *Cirugía y Cirujanos*, 77(3) 179-185.
- Ramírez-Torres, N., Asbun-Bojalil, J. & Hernández-Valencia, M. (2013). Embarazo y cáncer de mama. *Cirugía y Cirujanos*, 81(2) 98-107.
- Reich, M & Remor, E. (2010). Variables psicosociales asociadas con calidad de vida relacionada con la salud en mujeres con cáncer de mama post-cirugía: una revisión sistemática. *Prensa Médica Latinoamericana*. IV (2). 177-221.
- Rincón, M. E., Pérez, M. Á., Borda, M. & Rodríguez, A. M. (2012). Impacto de la reconstrucción mamaria sobre la autoestima y la imagen corporal en pacientes con cáncer de mama. *Universitas Psychologica*, 11(1) 25-41.
- Rodríguez, Y. & Costas, R. (2013). El diagnóstico de cáncer de mamas desde una perspectiva familiar: Retos para la Psico-oncología en América Latina. *Interamerican Journal of Psychology*, 47(1) 121-130.
- Rosario, I. (2009). La imagen corporal: hacia una construcción social para la psicología industrial organizacional. *Poiésis FUNLAM*. Núm. 18. Recuperado de <http://www.funlam.edu.co/poiesis>
- Rubiano, J. C. (2010). *Fundamentos de oncología*. Colombia: Editorial Universidad del Valle.

- Santana, J.; Bernal, G.; Rodríguez, L; Gómez, K & Morales, J. (2012). Asuntos conceptuales, metodológicos y éticos de la hipnosis como terapia psicológica adjunta al tratamiento del cáncer de mama. *Salud & Sociedad*. 3(2), 2012-236.
- Sardiñas, R. (2009). Autoexamen de mama: un importante instrumento de prevención del cáncer de mama en atención primaria de salud. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 8(3). Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180414043005>
- Sebastián, J., León, M. & Hospital, A. (2009). Variables psicosociales y cáncer de mama: un estudio cuasipropectivo de la personalidad tipo C. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 41(3) 461-479.
- Secretaría de Salud. (2013). *Programa Sectorial de Salud 2013 – 2018*. Diario Oficial de la Federación. Recuperado de <http://www.salud.gob.mx/indicadores1318/>
- Shibley, J. (1995). *Psicología de la mujer: la otra mitad de la experiencia humana*. (4ª. ed.). Madrid: Morata.
- Thuné-Boyle, I. (2012). Religiousness and spirituality in coping with cancer. En B. I. Carr & J. Steel (Ed). *Psychological aspects of cancer. A guide to emotional and psychological consequences of cancer, their causes and their management* (pp. 129-156). Nueva York: Springer.
- Thuné-Boyle, I. C., Myers, L. B. & Newman, S.P. (2006). The Role of Illness Beliefs, Treatment Beliefs, and Perceived Severity of Symptoms in Explaining Distress in Cancer Patients During Chemotherapy Treatment. *Behavioral Medicine*, 32 (1), 19-29.
- Tinoco, A. M. (2011). *Mujeres con cáncer y redes sociales de apoyo en su vida cotidiana*. México: Porrúa.
- Tinoco, A. M. (2012). Cáncer de mama y de ovario: significados, dolor y sufrimiento en la cotidianidad de mujeres pacientes. *Espacios Públicos*, 15(33), 174-199.
- Vargas, R. E. & Pulido, S.M. (2012). Significado de las vivencias de las pacientes con diagnóstico de cáncer de mama. *Ciencia y Cuidado*. 9 (1). 65-78.
- Vargas-Hernández, V. M., García-Rodríguez, F. M., Jiménez- Villanueva, X., Hernández-Rubio, Á., Aboharp-Hassan, Z. & Moreno-Eutimio, M. A. (2013). Estudio de 14 casos de cáncer de mama y embarazo. *Cirugía y Cirujanos*, 81(2) 108-111.

## ANEXO 1

El siguiente cuestionario es parte de un estudio que se lleva a cabo en la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México para conocer la forma en que las parejas han superado exitosamente una grave crisis de salud de uno de sus integrantes, tal como el cáncer de mama, con el objetivo de crear programas de intervención que proporcionen alternativas para mejorar y /o fortalecer este aspecto en otras parejas. La información que usted nos proporcione será tratada con absoluta confidencialidad y en forma anónima, por ello se le pide que conteste de la forma más amplia y honesta posible, ya que sus respuestas serán de gran ayuda en el diseño de dichos programas de intervención.

### CUESTIONARIO A

Datos personales:

Edad: \_\_\_\_\_ años

Escolaridad: primaria, secundaria, técnico, preparatoria, licenciatura, maestría, doctorado.

Estado civil: soltero, casado, unión libre, divorciado, separado.

Número de hijos: \_\_\_\_\_ Edades: \_\_\_\_\_

Ocupación:

¿Cuánto tiempo lleva en su relación de pareja? \_\_\_\_\_ años \_\_\_\_\_ meses

Por favor, anote la información médica que conozca acerca del cáncer que padeció su pareja.

1. ¿Qué **pensó** cuando se enteró que su pareja tenía cáncer?
2. ¿Qué **emociones** le invadieron cuando se enteró del diagnóstico de su pareja?
3. ¿Qué **hizo** usted cuando supo que su pareja tenía cáncer de mama?
4. ¿Por qué **cree** usted que se le desarrolló el cáncer a su pareja?
5. ¿Cuál fue su mayor **preocupación** al enterarse que su pareja tenía cáncer?

6. ¿Hubo algún pensamiento o emoción que lo acompañara durante todo el proceso del cáncer?
7. ¿Qué parte del proceso de la enfermedad de su pareja fue más difícil para usted?
8. ¿De qué manera o maneras apoyó a su pareja durante el proceso de la enfermedad?
9. ¿Usted requirió de apoyo psicológico individual o de grupo durante el periodo que su pareja estuvo enferma de cáncer?
10. ¿Cuál fue el momento más significativo, en relación con el apoyo que usted le brindó a su pareja?
11. Una vez superada esa experiencia, ¿hay algo que le hubiera gustado hacer o decir mientras su pareja estuvo enferma?
12. ¿De qué manera se enfrentaron al cáncer usted y su pareja?
13. ¿Qué aspectos de su relación de pareja se vieron más afectados por el proceso y tratamiento del cáncer?
14. ¿Qué cambios se produjeron en su relación de pareja después del cáncer?
15. Después de pasar por la experiencia de que su pareja padeciera cáncer de mama ¿qué les recomendaría a otras parejas que pasan por la misma experiencia?
16. ¿Qué sugerencias puede dar a los esposos/novios/parejas/ de las mujeres que padecen cáncer de mama?
17. Si hubiera algún aspecto no considerado sobre el que usted quiera aportar, por favor anótelo a continuación.

## ANEXO 2

El siguiente cuestionario es parte de un estudio que se lleva a cabo en la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México para conocer la forma en que las parejas han superado exitosamente una grave crisis de salud de uno de sus integrantes, tal como el cáncer de mama, con el objetivo de crear programas de intervención que proporcionen alternativas para mejorar y /o fortalecer este aspecto en otras parejas. La información que usted nos proporcione será tratada con absoluta confidencialidad y en forma anónima, por ello se le pide que conteste de la forma más amplia y honesta posible, ya que sus respuestas serán de gran ayuda en el diseño de dichos programas de intervención.  
*Gracias por participar*

### CUESTIONARIO B

#### Datos personales:

Edad: \_\_\_\_\_ años

Escolaridad: primaria, secundaria, técnico, preparatoria, licenciatura, maestría, doctorado.

Estado civil: soltera, casada, unión libre, divorciada, separada.

Número de hijos: \_\_\_\_\_ Edades: \_\_\_\_\_

Ocupación:

¿Cuánto tiempo lleva en su relación de pareja? \_\_\_\_\_ años \_\_\_\_\_ meses

#### Cáncer de mama

Tipo de cáncer:

Estadio en el que fue detectado:

Tratamiento recibido:

Cirugía:

Quimioterapia:

Hormonoterapia:

Radiación:

Otro:

Tiempo transcurrido desde que terminó el tratamiento:

1. Su cáncer fue diagnosticado a partir de:
  - a. Una revisión médica de rutina
  - b. Una mastografía
  - c. Algún síntoma que usted misma detectó. ¿Cuál?

d. Algún cambio que notó su pareja. ¿Cuál?

2. ¿Qué **pensó** cuando se enteró del diagnóstico?
3. ¿Qué **emociones** la invadieron cuando se enteró del diagnóstico?
4. ¿Qué **hizo** usted cuando recibió el diagnóstico de cáncer de mama?
5. ¿Por qué **cree** usted que se le desarrolló el cáncer?
6. ¿Cuál fue su mayor **preocupación** al enterarse que tenía cáncer?
7. ¿Hubo algún pensamiento o emoción que la acompañara durante todo el proceso del cáncer?
8. ¿Qué parte del proceso de la enfermedad fue más difícil para usted?
9. ¿Cuál fue la reacción de su pareja ante el diagnóstico de cáncer?
10. ¿De qué manera o maneras le apoyó su pareja durante el proceso de la enfermedad?
11. ¿Recibió usted algún tipo de apoyo psicológico individual o de grupo?
12. Además de su tratamiento médico, ¿utilizó alguna terapia complementaria?
13. Además de su tratamiento médico, ¿se apoyó en alguna creencia religiosa o filosófica?
14. ¿Tuvo usted que brindar apoyo o mostrarse fuerte durante su enfermedad ante su pareja y familiares?
15. ¿Cuál fue el momento más significativo para usted, en relación con el apoyo que le brindó su pareja?
16. ¿Hay algo que le hubiera gustado escuchar de su pareja, mientras estuvo enferma?
17. ¿De qué manera se enfrentaron al cáncer usted y su pareja?
18. ¿Qué aspectos de su relación de pareja se vieron más afectados por el proceso y tratamiento del cáncer?
19. ¿Qué cambios se produjeron en su relación de pareja después del cáncer?
20. ¿En qué cambió usted como persona después de pasar por la experiencia del cáncer?
21. Después de pasar por la experiencia de padecer cáncer de mama ¿Qué les recomendaría a otras mujeres que pasan por la misma experiencia?

22. Después de pasar por la experiencia de padecer cáncer de mama ¿Qué les recomendaría a otras parejas que pasan por la misma experiencia?
23. ¿Qué sugerencias puede dar a los esposos/novios/parejas/ de las mujeres que padecen cáncer de mama?
24. Si hubiera algún aspecto no considerado sobre el que usted quiera aportar, por favor anótelo a continuación.

### ANEXO 3

En la vida de cada hombre hay muchas mujeres, con diferentes papeles cada una: el de madre, hermana, amiga, esposa, novia,... pero todas son importantes.

El siguiente cuestionario es parte de un estudio que se lleva a cabo en la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México para conocer lo que los hombres piensan acerca del cáncer de mama. La información que usted nos proporcione será tratada de forma anónima y con fines estadísticos. *Agradecemos su participación.*

#### Datos personales:

Edad: \_\_\_\_\_ años

Escolaridad: primaria\_\_\_\_, secundaria\_\_\_\_, técnico\_\_\_\_, preparatoria\_\_\_\_, licenciatura\_\_\_\_, maestría\_\_\_\_, doctorado\_\_\_\_.

Estado civil: soltero\_\_\_\_, casado\_\_\_\_, unión libre\_\_\_\_, divorciado\_\_\_\_, separado\_\_\_\_.

Número de hijos: \_\_\_\_\_ Edades de los hijos: \_\_\_\_\_

Ocupación:

¿Tiene una relación de pareja actual? si\_\_\_\_ no\_\_\_\_

¿Cuánto tiempo lleva en su relación de pareja? \_\_\_\_\_ años \_\_\_\_\_ meses

1. A continuación anote los números del 1 al 6 sobre la línea que corresponda a la parte del cuerpo de una mujer que le resulta más atractiva, donde **1 es la que más le gusta** y 6 la parte del cuerpo que le gusta menos.

Ojos \_\_\_\_\_ Piernas \_\_\_\_\_ Senos \_\_\_\_\_  
Cabello \_\_\_\_\_ Cintura \_\_\_\_\_ Cadera \_\_\_\_\_

2. Escriba tres palabras que usted asocie con el cáncer de mama.

\_\_\_\_\_

3. ¿Por qué cree que una mujer enferma de cáncer de mama?

4. El cáncer de mama es una enfermedad curable, si se detecta a tiempo. ¿Por qué cree que muchas mujeres llegan al hospital en una etapa avanzada de la enfermedad?

5. ¿Alguna mujer cercana a usted ha padecido cáncer de mama?

Si\_\_\_\_ ¿Quién? No\_\_\_\_

abuela \_\_\_ madre\_\_\_ tía \_\_\_ hermana \_\_\_ prima \_\_\_ esposa \_\_\_ novia\_\_\_ amiga \_\_\_



6. En el caso **supuesto** de que su pareja padeciera cáncer de mama ¿qué aspecto de la vida de pareja cree que se vería más afectada? Numere del 1 al 6 donde **1 sea el aspecto más afectado** y el **6 el menos afectado**.

La economía familiar \_\_\_\_\_ El cuidado de los hijos \_\_\_\_\_  
La sexualidad \_\_\_\_\_ El amor \_\_\_\_\_  
La intimidad de la pareja \_\_\_\_\_ Las labores domésticas \_\_\_\_\_  
Otro \_\_\_\_\_ ¿Cuál?

---

7. Escriba tres palabras que nos digan cómo cree usted que es una mujer con cáncer de mama.

\_\_\_\_\_

8. ¿Qué cree que sea más difícil para un hombre cuya pareja ha sufrido una cirugía de la mama? **Elija una sola opción.**

Ya no poder presumir a su pareja \_\_\_\_\_ Ver sufrir a la persona que ama \_\_\_\_\_  
Verla sin cabello \_\_\_\_\_ Que ya no sea femenina \_\_\_\_\_  
Tener relaciones sexuales con ella \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_ ¿Cuál?

---

9. ¿De qué manera podría ayudar a su pareja a prevenir el cáncer de mama?

10. ¿Qué haría en el caso de que su pareja tuviera cáncer de mama?

La dejaría \_\_\_\_\_ Me quedaría con ella \_\_\_\_\_

¿Por qué? \_\_\_\_\_