



**Universidad Nacional Autónoma de México**  
**PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA**

**AJUSTE DIÁDICO, APOYO SOCIAL Y CALIDAD DE VIDA EN MUJERES CON  
CÁNCER DE MAMA**

**TESIS**

**QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE  
MAESTRIA EN PSICOLOGÍA**

**PRESENTA:**

**CLAUDIA PINEDA FLORES**

**DIRECTOR:**

**DRA. CARMEN LIZETTE GÁLVEZ HERNÁNDEZ**  
**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**COMITÉ:**

**DRA. ROZZANA SÁNCHEZ ARAGÓN**  
**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**  
**DRA. CYNTHIA MAYTÉ VILLARREAL GARZA**  
**INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA**  
**DRA. ANGÉLICA RIVEROS ROSAS**  
**FACULTAD DE CONTADURÍA Y ADMINISTRACIÓN**  
**DRA. ROSA ELENA ORNELAS MEJORADA**  
**INSTITUTO POLITÉCNICO NACIONAL**

**Ciudad de México**

**JUNIO 2018**



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.

## AGRADECIMIENTOS

*Doy gracias a Dios por lo que soy,  
lo que tengo y el coraje personal de  
luchar frente a la vida.*

### *A mis padres Cele y Silvia:*

*Por darme el regalo más preciado, la vida. Por ayudarme a vencer los obstáculos día con día e impulsarme a ser un mejor ser humano. Gracias por hacer realidad un sueño más.*

### *A mi familia:*

*Que con su comprensión, cariño y aliento me han hecho una persona más fuerte y perseverante. Gracias Marco, Meli, Yan, Edith, Rafa y Mari por todo el apoyo para concluir una meta más en mi vida.*

### *A la Dra. Lizette Gálvez*

*Por el apoyo incondicional para concluir este trabajo, por permitirme ser parte de su equipo de trabajo y compartir todos sus conocimientos que sin duda mejoraron mi vida profesional y personal. Mis más sinceros agradecimientos.*

### *Al comité:*

*A la Dra. Rozzana, Dra. Cynthia, Dra. Angélica y Dra. Rosa, por el tiempo y dedicación que brindaron para hacer de esto un mejor trabajo. Mi mayor admiración para ustedes.*

### *A mis amigos:*

*En especial a Lupita y Bexa por sus consejos y guías que han motivado y mejorado mi quehacer en la psicología. A mis amigos y compañeros de maestría y del INCAN (Daniel, Luis, Karla, Liliana, Caro, Rox y Gaby) por los momentos de aprendizaje compartidos. A los integrantes del equipo de trabajo de la Dra. Gálvez y equipo de la unidad de tumores mamarios, por el apoyo proporcionado para la realización de este trabajo.*

### *A las instituciones:*

*A la UNAM que me ha permitido formarme desde el inicio de mi vida profesional. Al INCAN, especialmente a la unidad de tumores mamarios, que me ha dado la oportunidad de mejorar mi servicio como persona y psicóloga. Al CONACyT por el apoyo en la realización de mis estudios de maestría.*

### *A las pacientes y parejas:*

*Que sin su participación no fuera posible la conclusión de esta investigación, espero representar dignamente su palabra.*

# ÍNDICE

<b>RESUMEN .....</b>	<b>5</b>
<b>INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>7</b>
<b>CAPÍTULO 1. CARACTERÍSTICAS DEL CÁNCER DE MAMA .....</b>	<b>9</b>
1.1 EPIDEMIOLOGÍA .....	9
1.2 DEFINICIÓN Y FACTORES DE RIESGO .....	11
1.3 TIPOS DE CÁNCER .....	12
1.4 ETAPA CLÍNICA.....	13
1.5 TRATAMIENTOS.....	14
1.6 CÁNCER DE MAMA EN MUJERES JÓVENES .....	16
1.7 CONSECUENCIAS FÍSICAS, PSICOLÓGICAS Y SOCIALES EN MUJERES JÓVENES CON CÁNCER DE MAMA .....	17
<b>CAPÍTULO 2. ASPECTOS TEÓRICOS DE LA RELACIÓN DE PAREJA .....</b>	<b>21</b>
2.1 LA RELACIÓN DE PAREJA .....	21
2.2 COMPONENTES DE LA RELACIÓN DE PAREJA.....	21
2.3 ETAPAS EN LA RELACIÓN DE PAREJA .....	23
2.4 MODELO DE INTERDEPENDENCIA .....	25
<b>CAPÍTULO 3. VARIABLES PSICOSOCIALES EN PAREJAS CON CAMA.....</b>	<b>31</b>
3.1 CALIDAD DE VIDA.....	31
3.2 AJUSTE DIÁDICO.....	32
3.3 APOYO SOCIAL.....	38
<b>CAPÍTULO 4. MÉTODO.....</b>	<b>47</b>
4.1 PLANTEAMIENTO Y JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA .....	47
4.2 PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN .....	50
4.1 OBJETIVOS GENERALES .....	50
4.2.1 <i>Objetivos específicos.</i> .....	50
4.4 HIPÓTESIS .....	50
4.5 DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERACIONAL DE LAS VARIABLES .....	51
4.6 PARTICIPANTES .....	51
4.7 TIPO DE ESTUDIO .....	53
4.8 INSTRUMENTOS.....	53
4.9 LUGAR.....	55
4.10 PROCEDIMIENTO .....	55
4.11 ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS .....	57
<b>RESULTADOS.....</b>	<b>58</b>
FASE I.- <i>EVALUACIÓN EN LENGUAJE DE LA ESCALA DE AJUSTE DIÁDICO</i> .....	58
FASE II.- <i>EJECUCIÓN DEL ESTUDIO</i> .....	58
1. <i>Descripción de las muestras en términos sociodemográficos, ajuste diádico, apoyo social y calidad de vida.</i> .....	58

<i>2. Relación entre ajuste diádico, apoyo social y calidad de vida en MJ y mayores.</i> .....	64
<i>3. Relación entre ajuste diádico, apoyo social y calidad de vida de las parejas con respecto a la calidad de vida de pacientes.</i> .....	66
<i>4. Diferencias entre e intra grupos en cuanto al ajuste diádico, apoyo social y calidad de vida de MJ y mujeres mayores con CaMa.</i> .....	67
<b>DISCUSIÓN</b> .....	<b>71</b>
<b>CONCLUSIÓN</b> .....	<b>84</b>
<b>REFERENCIAS</b> .....	<b>88</b>
<b>APÉNDICES</b> .....	<b>98</b>

## ÍNDICE DE TABLAS

<b>Tabla 1.</b> Consecuencias de tratamientos para CaMa.....	15
<b>Tabla 2.</b> Distribución de muestra .....	52
<b>Tabla 3.</b> Criterios establecidos para los participantes .....	52
<b>Tabla 4.</b> Análisis de resultados según los objetivos de investigación.....	57
<b>Tabla 5.</b> Frecuencias de variable sociodemográficas de cada grupo.....	59
<b>Tabla 6.</b> Variables sociodemográficas evaluadas en diadas de cada grupo. ....	60
<b>Tabla 7.</b> Frecuencias de variables clínicas de cada grupo de pacientes. ....	61
<b>Tabla 8.</b> Promedios de los puntajes obtenidos en cada grupo respecto a las variables apoyo social, ajuste diádico y calidad de vida.....	63
<b>Tabla 9.</b> Correlaciones entre apoyo y ajuste diádico de MJ y mayores. ....	64
<b>Tabla 10.</b> Correlaciones entre apoyo social, ajuste diádico y calidad de vida de pacientes.....	65
<b>Tabla 11.</b> Relación de calidad de vida de pacientes y apoyo social, ajuste diádico y calidad de vida de parejas. ....	67
<b>Tabla 12.</b> Diferencias en pacientes, ambos momentos de evaluación.....	68
<b>Tabla 13.</b> Diferencias respecto a su edad y momento de evaluación. ....	69
<b>Tabla 14.</b> Clasificación del cáncer de mama.....	99
<b>Tabla 15.</b> Cambios realizados en los reactivos. ....	103
<b>Tabla 16.</b> Puntajes totales obtenidos por cada grupo. ....	126
<b>Tabla 17.</b> Puntajes totales de calidad de vida en pacientes. ....	127

## Resumen

**Introducción:** Cáncer de mama (CaMa) en mujeres jóvenes (MJ) se presenta en términos biopsicosociales particulares. Aunque la enfermedad impacta en el ajuste, el apoyo de la relación de pareja y en la calidad de vida (CV), el conocimiento se encuentra limitado en la relación y presencia de estas variables en pacientes y parejas con CaMa. **Objetivos:** Determinar la relación individual y diádica, de ajuste diádico (AD), apoyo social y CV en mujeres con CaMa y parejas, y determinar si cambia la percepción de esas variables en el transcurso de la enfermedad, considerando la edad. **Método:** 160 participantes, distribuidos en ocho grupos considerando edad y si eran pacientes o parejas, durante recién diagnóstico y seis meses después. Estudio transversal-correlacional. Se evaluó AD, apoyo social de la pareja y CV, todos validados y adaptados en población mexicana. Se utilizó estadística no paramétrica: Spearman y U de Mann-Whitney. **Resultados:** En las pacientes a mayor AD, mayor apoyo social; y entre mayor AD, mayor CV. Sólo en MJ a mayor apoyo, mayor nivel de CV. En diadas jóvenes, ajuste y apoyo del cónyuge, se asociaron con mayores niveles de CV de la paciente. El ajuste y CV reportados por parejas mayores se asoció con CV de la paciente. En el diagnóstico, MJ reportaron menor función sexual en comparación con mayores, y éstas refirieron menor placer sexual y a los seis meses mayor ajuste, apoyo y problemas físicos. Las MJ al diagnóstico reportaron mayor satisfacción en su relación, problemas emocionales, menos efectos físicos y más síntomas de la mama; y las mujeres mayores menor apoyo, fatiga y efectos secundarios en comparación con las evaluadas a los seis meses. **Conclusión:** Dado que el transcurso de la enfermedad impacta en la relación de pareja, es relevante que intervenciones psicosociales se aborden interdependientemente, en diferentes momentos de enfermedad.

**Palabras clave:** cáncer de mama, mujeres jóvenes, relación diádica, ajuste diádico, apoyo social, calidad de vida.

## Abstract

**Introduction:** Breast cancer (BC) in young women (YW) is a particular issue in biological and psychosocial terms. Although it is recognized that diagnosis of BC impacts on the couple's relationship; the relationship between dyadic adjustment (DA), social support and quality of life (QoL) is unknown. **Objectives:** To determine the individual and dyadic relationship between DA, social support and QoL in women with BC and couples; to determine if the perception of the variables changes in the trajectory of the BC, considering the age. **Method:** 160 participants were enrolled and divided into eight groups based on age and whether they were patients or spouses, in recent diagnosis and six months later. Cross-correlational study. The DA, social support of the couple and QoL were evaluated. All the instruments were validated and adapted to the Mexican population. Data analysis was made by non-parametric statistics. Results: in both groups of patients, DA increased as social support increased; similarly for DA and QoL. YW showed a positive relationship between support and QoL. In young dyads, the adjustment and support factors reported by the spouse were associated with patients' QoL. The adjustment and QoL reported by older spouses were associated with the patients' QoL. Newly diagnosed YW reported a lower sexual function, while older women had lower sexual satisfaction. Six months after diagnosis, YW presented greater problems in sexual function and older patients increased adjustment, support and physical problems. Newly diagnosed YW increased their satisfaction with the relationship, emotional problems, breast symptoms and lower physical effects. Older women at diagnosis mentioned receiving more support, compared to those evaluated at six months, who had greater fatigue and side effects. **Conclusion:** Based on the effects of the disease on the couple's relationship, it is relevant that psychosocial interventions are dyadic, throughout the trajectory of the disease.

**Keywords:** breast cancer, young women, dyadic relationship, dyadic adjustment, social support, quality of life.

## Introducción

El diagnóstico de cáncer de mama (CaMa) en mujeres menores de 40 años de edad se ha incrementado notablemente (Gnerlich et al., 2009; Love et al., 2002; Villarreal-Garza et al., 2014). Suele diagnosticarse en etapas más avanzadas (Makanjuola et al., 2014; Rodríguez-Cuevas et al., 2009; Villarreal-Garza et al., 2013) y tener un comportamiento más agresivo (Brown et al., 2007; Love et al., 2002; Sidoni et al., 2003; Yankaskas, 2006), con un número desproporcionado de años-vida perdidos y un pronóstico relativamente más desfavorable en comparación con mujeres mayores (Gnerlich et al., 2009; Kwong, Cheung, Chan, & Lau, 2008; Rodríguez-Cuevas et al., 2009; Sidonia et al. 2003).

La etapa de desarrollo en la que se encuentran las mujeres jóvenes (MJ), el comportamiento del cáncer y los tratamientos que se utilizan generalmente provocan una serie de consecuencias particulares tanto físicas, psicológicas, sexuales y sociales. Dentro del área social, la relación de pareja ha mostrado ser una de las principales fuentes de apoyo que contribuye al bienestar de la paciente, por encima de la familia y amigos (Pistrang & Barker, 1995; Manne, 2003). Además, se sabe que entre los miembros de la pareja existe una cierta influencia conjunta que determina algunos comportamientos en cada uno, lo que algunos investigadores del área oncológica han llamado interdependencia (Cook & Kenny, 2005; Jacobson & Addis, 1993; Lewis et al., 2006).

A pesar de que se conoce que el diagnóstico de CaMa impacta en el ajuste y el apoyo de la relación de pareja (Cervera & Auba, 2005; Aerts et al., 2014) y en la calidad de vida (Hagedoorn et al., 2000; Moreira et al., 2010), el conocimiento se encuentra limitado en cuanto a la relación que tienen estas variables de manera conjunta en pacientes con CaMa, y en particular en MJ. Esto resulta relevante considerando que durante esta etapa de edad las relaciones de pareja suelen encontrarse en un periodo de establecimiento o mantenimiento, lo que puede determinar el futuro de la misma (Díaz-Loving, 1999; Sánchez-Aragón, 1995) y su impacto en la salud.

Por ello el presente trabajo tiene por objetivos: 1) determinar la relación entre el ajuste diádico, apoyo social y calidad de vida en mujeres con CaMa y sus parejas, así como, 2) conocer si el diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad cambia las variables de estudio en MJ con CaMa comparadas con mujeres mayores.



Este manuscrito está dividido en cuatro capítulos. El primero contiene datos epidemiológicos, la definición, factores de riesgo, clarificación y principales tratamientos del CaMa, las características e impacto con las que se presenta en MJ. El segundo trata las propuestas teóricas del concepto de relación de pareja, sus componentes, etapas, la interdependencia de sus miembros y la evidencia que existe ante éste último constructo. El tercer capítulo describe las principales variables de estudio referentes a la relación de pareja en el ámbito oncológico. Finalmente el cuarto capítulo presenta los aspectos metodológicos; pregunta de investigación, objetivos, hipótesis, definición de variables, participantes, diseño, instrumentos, procedimiento, análisis de resultados; así como los resultados, la discusión y conclusión.

## **CAPÍTULO 1. CARACTERÍSTICAS DEL CÁNCER DE MAMA**

Los últimos reportes de mortalidad a nivel mundial indican que las enfermedades no transmisibles causaron más de 68% de las muertes en el mundo, lo que representa un aumento por comparación con el 60% registrado en el año 2000. Las cuatro entidades nosológicas principales de este grupo son las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la diabetes y las neumopatías crónicas (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2012).

Respecto al cáncer, considerada entre las diez principales causas de muerte a nivel mundial; reportes de GLOBOCAN del 2012 mencionan un 57% (8 millones) de nuevos casos, 65% (5,3 millones) de las muertes por éste y 48% (15,6 millones) casos prevalentes de 5 años a partir del diagnóstico, producidas en las regiones menos desarrolladas.

Específicamente el cáncer de mama (CaMa), actualmente representa un problema de salud pública, siendo la primera causa de muerte en mujeres con tumores malignos; al respecto se ha notado un incremento en la incidencia en mujeres menores de 40 años, población altamente relevante por las características particulares que presentan respecto a los tumores, pronósticos desfavorables, intereses y preocupaciones particulares (sobre consecuencias físicas, psicológicas, sexuales y sociales), en comparación con mujeres mayores de 40 años con diagnóstico de CaMa (Villarreal-Garza, Aguila, Platas, & Lara-Guerra, 2014).

Es por lo anterior, que el presente capítulo abordará la epidemiología, la definición, factores de riesgo, clasificación y principales tratamientos de dicha enfermedad, así como las características del CaMa en mujeres jóvenes (MJ) y el impacto que se genera en ellas durante los tratamientos.

### **1.1 Epidemiología**

El CaMa es el más frecuente a nivel mundial y la primera causa de muerte entre las mujeres. En países desarrollados se reportó una incidencia de 788 200 casos (27.9% de todos los casos), con una mortalidad del 15.4% y prevalencia a 5 años de 38.7%. Índices ligeramente menores en comparación con países en desarrollo, los cuales reportan en incidencia 882 949 casos (23% de todos los casos), mortalidad del 14.3% y prevalencia a 5 años de 34.1% (GLOBOCAN, 2012). Además, la proporción de mujeres fallecidas por dicho cáncer con menos de 65 años es más alta en América Latina (57%), en comparación con Norteamérica (41%). De seguir así las tendencias

actuales y considerando los cambios demográficos, las proyecciones indican que el número de mujeres diagnosticadas en esta región aumentará un 46% (595 900 casos) para el año 2030, y las muertes a causa de esta enfermedad ascenderán hasta 142 100 casos (Organización Panamericana de la Salud [PAHO], 2013).

En México el CaMa también es la principal neoplasia presente en mujeres mayores de 20 años con un 30.9%, en comparación con otros tipos de cáncer. Además, de cada 100 fallecimientos por tumores malignos, el 15% corresponde al CaMa (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2013). Presentando una tendencia al alza, pues tan sólo en 2014 hubo una incidencia de 28.75 casos nuevos por cada 100,000 mujeres. Así mismo, la edad promedio de diagnóstico en mujeres es de 50 años, una década antes que la población anglosajona y europea (American Cancer Society, 2017; Lara-Medina et al., 2011; Rodríguez-Cuevas, Guisa-Hohenstein, & Labastida, 2009).

También en México, 20% del total de diagnósticos de CaMa se presenta en mujeres menores de 40 años, en comparación con países desarrollados, que muestran un 12% del total de diagnósticos. Lo mismo se observa respecto a la mortalidad, 14% en América Central (se incluye México) contra 7% en países desarrollados. En 2015 el INEGI, reportó 14.3 casos de CaMa por cada mil mujeres en el grupo de 25 a 44 años (Villarreal-Garza et al., 2013). Específicamente, el Instituto Nacional de Cancerología (INCan) en 2014 mostró que el 15% del total de 728 pacientes con diagnóstico reciente de CaMa correspondían al grupo de MJ (Villarreal-Garza et al., 2014).

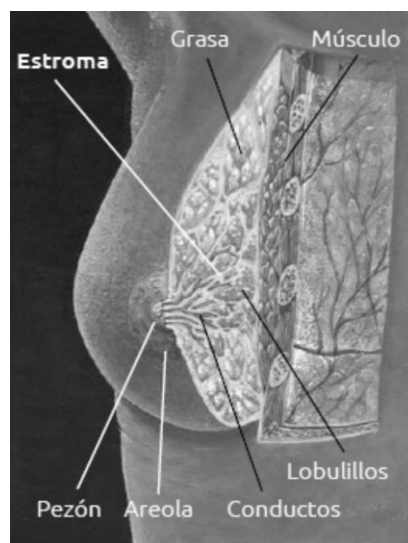
La definición de “mujer joven”, no ha sido consensada, diferentes autores toman un rango de edad entre 35 y 45 años (Consenso Mexicano sobre Diagnóstico y Tratamiento del Cáncer Mamario, 2015). Esta investigación en particular, considera a una mujer joven como aquella que es diagnosticada antes de los 41 años de edad, definido con base en las diferencias encontradas en factores de riesgo, características tumorales, desenlaces clínicos e intereses específicos como son: la fertilidad, la autoimagen, calidad de vida etc., comparadas con mujeres mayores de 40 años (Sidoni, Cavaliere, Bellezza, Sheibel, & Bucciarelli, 2003; Villarreal-Garza et al., 2014; Yankaskas, 2006).

Los reportes mencionados muestran que el CaMa en MJ y mayores en México son y será un problema de salud pública, debido al incremento de los casos detectados en los últimos años.

## 1.2 Definición y factores de riesgo

Fisiológicamente la mama es una glándula que tiene una función única, pues es el órgano reproductor de alimento del recién nacido. Así mismo, forma parte de la feminidad, personalidad y figura de la mujer. En dicho órgano se puede llegar a desarrollarse el CaMa, considerado como un padecimiento heterogéneo con evolución lenta, con 18% de sobrevivida a las mujeres que lo padecen (Beltrán, 2013).

El CaMa es un tumor maligno –grupo de células cancerosas– que puede crecer invadiendo los tejidos mamarios, los cuales pueden originarse en las células de los lobulillos, conductos o tejidos estromales (véase figura 1). Si no hay una atención temprana las células cancerígenas pueden invadir el tejido mamario sano circundante y llegar a los ganglios linfáticos de las axilas u otros órganos (metástasis) (Alianza Mexicana por el cáncer [MILC], 2016; American Cancer Society, 2016; Instituto Nacional de Cáncer [INC], 2016).



*Figura 1.* Estructura de la mama: fuente: Alianza Mexicana por el Cáncer, MILC, 2016.

Aunque no se sabe qué desarrolla esta enfermedad, son varios los factores que contribuyen a su aparición, divididos en: a) biológicos, b) ambientales, c) relacionados con los antecedentes

reproductivos y d) factores relacionados con el estilo de vida (American Cancer Society, 2017; Breastcancer, 2017; Consenso Mexicano sobre Diagnóstico y Tratamiento del Cáncer Mamario, 2017) para mayor detalle véase apéndice 1.

Específicamente en MJ los antecedentes familiares (en CaMa y cáncer de ovario) son uno de los principales factores de riesgo. Se ha reportado aproximadamente que 13 de cada 100 casos reportados en estas mujeres son debido a mutaciones genéticas (MILC, 2016), principalmente de los genes BRCA1 y BRCA2 (Consenso Mexicano sobre Diagnóstico y Tratamiento del Cáncer Mamario, 2017; Hernández, Borges, Márquez, & Betancourt, 2010). Otro de los factores encontrados, es la menarquía presente a edad menor a los 12 años, la edad (mayor de 30 años) del primer embarazo a término, el número de embarazos a término (menores en pacientes jóvenes, en comparación con mujeres mayores) y la ingesta de anticonceptivos orales (Hernández et al., 2010; Kwong, Cheung, Chan, & Lau, 2008; Sidoni et al., 2003).

### **1.3 Tipos de cáncer**

Los tumores pueden dividirse en función del lugar donde aparecen y su propagación. La mayoría de los cánceres de mama son llamados **carcinomas**, tumores que se forman en células epiteliales que revisten órganos y tejidos, al respecto se utiliza el término específico de **adenocarcinoma**, el cual es un tipo de carcinoma que se origina en las células que producen glándulas (tejido glandular) y estos se originan en conductos o lobulillos. (American Cancer Society, 2017). Para determinar la extensión del tumor se utiliza el término **in situ** (indica que el cáncer no se ha propagado) o **invasivo** (también llamado **infiltrante**, el cual indica que el cáncer se ha propagado al tejido circundante del seno), al respecto los tipos principales son (American Cancer Society, 2017; Breastcancer, 2017):

- **Carcinoma ductual in situ.**- También llamado cáncer intraductual, es un cáncer no invasivo o preinvasivo.
- **Carcinoma lobulillar in situ.**- También llamado lobular carcinoma in situ o neoplasia lobulillar, son células tipo cancerosas que crecen en los lobulillos, pero no atraviesan la pared de éstos.

- **Cáncer invasivo (infiltrante) de seno.-** Son los que se han propagado hacia el tejido mamario circundante y pueden ser de diferentes tipos, entre los más comunes se encuentran el **carcinoma ductal infiltrante y carcinoma lobulillar invasivo**, entre otros.

#### 1.4 Etapa Clínica

El diagnóstico puede llevarse mediante varias vías: a) el autoexamen mamario mensual a partir de los 18 años; b) examen clínico mamario anual a partir de los 25 años; c) mastografía anual de tamizaje en mujeres asintomáticas a partir de los 40 años; d) ultrasonido mamario en mujeres menores de 35 años con patología mamaria. También el uso de estudios de imagen como la mastografía, el ultrasonido, la resonancia magnética y recientemente estudios moleculares, pueden llegar a detectar lesiones mamarias (Consenso mexicano de diagnóstico y tratamiento del cáncer mamario, 2017).

A partir de la realización de pruebas de tamizaje, los especialistas clasifican la enfermedad en etapas o también llamado estadios de acuerdo al sistema TNM: donde T se refiere al tamaño del tumor primario, N a la presencia o no de metástasis ganglionares y M a la presencia o no de metástasis distantes (American Cancer Society, 2017; Beltrán, 2013). Cabe mencionar que dicha estadificación (propuesta por American Joint Cancer Commission/Union Internationale Contre le Cancer [AJCC/UICC], 2010) es uno de los factores más importantes para determinar el pronóstico y tratamiento; los estadios son:

- **Estadio 0.-** carcinoma no invasivo.
- **Estadio I, IIA, IIB y algunos IIIA.-** carcinoma operable locorregional invasivo, con o sin carcinoma no invasivo asociado.
- **Estadio IIIB, IIIC y algunos IIIA-** carcinoma inoperable locorregional invasivo, con o sin carcinoma no invasivo asociado.
- **Estadio IV.-** carcinoma metastásico. (Para mayor detalle y especificación revisar Apéndice 2).

Tomando en cuenta el estadio del cáncer se determina el tratamiento que llevará a cabo la paciente, los cuales se describen en los siguientes párrafos.

## 1.5 Tratamientos

Una vez clasificado el tipo de cáncer y su etapa clínica, las pacientes reciben tratamientos oncológicos generalmente combinados en intervenciones que ataquen al cáncer localmente (es decir, que tratan el tumor sin afectar al resto del cuerpo) como la cirugía o radioterapia; y/o tratamientos sistémicos (que abordan las células cancerosas en todo el cuerpo, administrados vía oral o torrente sanguíneo) como la quimioterapia, terapia hormonal y terapia dirigida (American Cancer Society, 2017; European Society for Medical Oncology, 2013).

Generalmente las pacientes reciben más de uno de los siguientes tratamientos:

### \*Locales

- **Cirugía.-** Considerado uno de los principales tratamientos, se realizan por diferentes razones, dependiendo de la situación pueden ser:
  - Conservación del seno: también llamada tumorectomía, cuadrantectomía, mastectomía parcial o mastectomía segmentaria; y con ella se extirpa solamente la parte del seno que tiene cáncer.
  - Mastectomía: cirugía en la que se extirpa totalmente el seno incluyendo todo el tejido mamario y en ocasiones otros tejidos cercanos.Existen otro tipo de cirugías con el objetivo de extirpar ganglios linfáticos o de reconstrucción después de la tumorectomía o mastectomía.
- **Radioterapia.-** Tratamiento que utiliza partículas de alta energía (como rayos x), se aplica dependiendo de la cirugía realizada, la propagación del cáncer y en algunos casos de su edad, puede dividirse en:
  - Externa: proveniente de una máquina fuera del cuerpo.
  - Interna (braquiterapia): una fuente radiactiva se coloca dentro del cuerpo por un corto tiempo.

### \*Sistémicos

- **Quimioterapia.-** Se utilizan medicamentos administrados vía intravenosa o vía oral; se puede aplicar como:

- Adyuvante: una vez extirpado el tumor (quirúrgicamente), con el objetivo de destruir células que pueden haber quedado en el cuerpo y/o prevenir una posible reaparición de la enfermedad.
  - Neoadyuvante: antes del procedimiento quirúrgico, con el objetivo de reducir el tamaño del tumor.
- **Terapia hormonal.-** Algunos cánceres son afectados por hormonas, las células del CaMa positivas para receptores de estrógeno y positivas para receptores de progesterona (ER positivo y PR positivo) tienen receptores (proteínas) que se adhieren al estrógeno y ayuda al crecimiento del cáncer. Así, dicha terapia es recomendada a pacientes con ER-positivo y PR-positivo ya que les ayuda a que las células cancerígenas no lleguen a otras partes del cuerpo.
  - **Terapia dirigida.-** Está diseñada para bloquear el crecimiento y propagación de células cancerosas, un ejemplo: HER2 positivo, debido a que las células cancerígenas de 1 de cada 5 mujeres con CaMa tienen exceso de una proteína, llamada HER2, la cual promueve el crecimiento más acelerado y propagación más agresiva de estas células.

Los tratamientos oncológicos en pacientes con CaMa, generan efectos secundarios a corto, mediano y largo plazo. Algunos pueden llegar a durar días o semanas, sin embargo, otros pueden ser permanentes (ver Tabla 1).

**Tabla 1.** Consecuencias de tratamientos para CaMa

<b>Tratamiento</b>	<b>Efectos secundarios</b>
Cirugía	-Dolor, sensibilidad, hinchazón, hematomas, seroma, tejido cicatricial rígido en el lugar de la cirugía, cambio en la forma del seno, dolor neuropático, en ocasiones infecciones, movimientos limitados en el brazo o linfedema, depresión.
Radiación	Hinchazón en el seno, cambios en el área tratada similares a una quemadura en la piel como enrojecimiento, descamación de la piel y oscurecimiento de la misma, cansancio, problemas de lactancia en un futuro, daños a largo plazo en pulmón y corazón y en muy pocas ocasiones se genera otro cáncer llamado angiosarcoma.
Quimioterapia	Alopecia, cambios en las uñas, úlceras en la boca, pérdida de apetito, cambios en el peso, náuseas y vómito, diarrea, aumento de probabilidad de infecciones, presencia de moretones o sangrados, cansancio, menopausia prematura, infertilidad, pérdida de densidad ósea, osteoporosis, cardiopatías, neuropatía, síndrome de mano-pie, leve disminución en el funcionamiento mental, aumento en el riesgo de leucemia, insomnio, ansiedad, fatiga, depresión.



Terapia hormonal	Disminución de la densidad ósea, bochornos, sudoraciones nocturnas, dolor de cabeza, náuseas, dolor en huesos, cambios en el estado de ánimo, resequedad vaginal, insomnio, ansiedad, depresión.
Terapia dirigida	Algunas mujeres llegan a presentar daños cardíaco, dificultades para respirar, hinchazón de piernas y cansancio intenso, síndrome mano pie, diarrea grave, úlceras en boca, náusea, sensación de debilidad o cansancio, tos, aumento de lípidos y azúcar en sangre, insomnio, ansiedad, depresión.

*Fuente: Adaptada de American Cancer Society (2017)*

Se ha observado que en las mujeres con CaMa el área social también se ve afectada al tener que modificar o interrumpir algunas de sus actividades cotidianas (Vivar, 2012); por ejemplo las mismas consecuencias físicas y psicológicas impiden la incorporación laboral bajo las mismas condiciones antes del diagnóstico, incluso imposibilitan el regreso al trabajo. En cuanto a la familia, el rol de la mujer se ve modificado pasando de ser la cuidadora principal a ser cuidada por el resto de miembros familiares, a esto se incluyen problemas en la relación de pareja; también, la interacción social se ve afectada al presentarse algunas consecuencias como la fatiga, problemas de imagen corporal, dolor, entre otros, los cuales no permiten a las pacientes desarrollar actividades de esparcimiento o generan que ellas se aislen (García-Vinegras & González, 2007; Pierre & Flory, 1985).

Si bien es cierto que todos los aspectos médicos mencionados se encuentran en todas las mujeres con CaMa, en las MJ se presenta de manera especial. Además, tener en cuenta que conforme la enfermedad se diagnostica en etapas más avanzadas, la probabilidad de curación y sobrevida es menor, por ello es importante considerar la edad del diagnóstico y comorbilidades.

## **1.6 Cáncer de mama en mujeres jóvenes**

En México, los diagnósticos de este grupo se realizan en etapas más avanzadas debido a la falta de estudios de rutina, [el 66% de los diagnósticos en estas mujeres se encuentran en estadios II y III] el nivel cultural, la falta de información y factores económicos (Makanjuola et al., 2014; Rodríguez-Cuevas et al., 2009; Villarreal-Garza et al., 2013); comparadas con mujeres mayores, el comportamiento del cáncer suele ser más agresivo—con mayor proporción de tumores triples<sup>1</sup> negativos, inestabilidad genética y propagación más acelerada— mayor incidencia de invasión

---

<sup>1</sup> Cuando existe resultados negativos para estrógeno, progesterona y HER2, lo que indica una mayor probabilidad de que el cáncer se propague fuera de la mama o una mayor recurrencia.

vascular, mayor número de ganglios positivos, sobreexpresión de HER2<sup>2</sup> y positividad para P53<sup>3</sup>(Bauer, Brown, Cress, Parise, & Caggiano, 2007; Love et al., 2002; Sidoni et al., 2003; Yankaskas, 2006); lo cual genera una probabilidad de curación del 35% (con un pronóstico relativamente más desfavorable en comparación con mujeres mayores con CaMa) un considerable número de años de vida saludables perdidos a causa de la enfermedad con inherente impacto familiar, social y económico, y mayor riesgo de recurrencia (Gnerlich et al., 2009; Kwong, Cheung et al., 2008; Rodríguez-Cuevas et al., 2009; Sidonia et al., 2003).

Algunos estudios han demostrado que los riesgos de muerte que presentan estas pacientes debido a la edad y el CaMa disminuyen con el uso de terapias adyuvantes. Al respecto, guías internacionales sugieren el uso de tratamientos sistémicos para mujeres menores a los 40 años con el objetivo de reducir el riesgo de recurrencia y prolongar su sobrevida (Fobair et al., 2006; Kwong et al., 2008; Partridge et al., 2012). Igualmente, aunque algunos de los tratamientos se aplican a todas las mujeres para combatir el CaMa, actualmente se puede afirmar que pueden impactar diferencialmente en las MJ.

### **1.7 Consecuencias físicas, psicológicas y sociales en mujeres jóvenes con cáncer de mama**

Los tratamientos contra el cáncer traen consigo una serie de consecuencias, las cuales pueden presentarse tanto en MJ como en mayores, sin embargo, dado el interés de este trabajo en las MJ, y que son un grupo con determinadas preocupaciones, prioridades y consecuencias, se mostrará lo que se ha descrito al respecto.

De acuerdo a la literatura revisada, se considera pertinente clasificar las consecuencias en: a) físicas, (que se dividirán de acuerdo al tipo de tratamiento); b) sexuales; c) psicológicas (que contemplan aspectos cognitivos y emocionales); y d) sociales (que incluyen las condiciones laborales o profesionales, familiares y de pareja).

---

<sup>2</sup> HER2 es una proteína que promueve el crecimiento en el exterior de todas las células mamarias. Las mujeres con CaMa HER 2 positivo llegan a presentar niveles más altos de esta proteína, lo que provoca que el cáncer crezca y se propague más rápido.

<sup>3</sup> P53 es una proteína encargada de la regulación del ciclo celular ante un daño del ADN. La alteración de dicha proteína produce inestabilidad genómica, siendo las células incapaces de evitar la proliferación y acumular las mutaciones para completar la carcinogénesis.

Entre las consecuencias físicas, se ha descrito que en las MJ aumenta significativamente el riesgo de padecer enfermedades cardíacas (Cardoso et al., 2012; Champion et al., 2014; Jones, 2006). Al evaluar el efecto de quimioterapia y hormonoterapia, se encontró que éstas presentan osteoporosis, dolor articular, disminución de periodos menstruales y generación de síntomas menopáusicos a edades tempranas (Jones, 2006).

Respecto a las consecuencias sexuales, se ha reportado que es una necesidad no cubierta en MJ mexicanas respecto a su sexualidad y fertilidad, esto dependiendo del tiempo de exposición de los tratamientos (Gálvez-Hernández, González-Robledo, Barragán-Carrillo, & Villarreal-Garza 2017); así mismo en Estados Unidos se ha mostrado que estas pacientes llegan a presentar problemas vaginales (resequedad, ardor y comezón), menor deseo sexual, dificultad para tener orgasmos (Champion et al., 2014; MILC, 2016; Partridge et al., 2004, 2013; Reyna & Lee, 2014), irregularidades en periodos menstruales (menopausia inducida o prematura), y alteraciones en su imagen corporal (Fobiar et al., 2006; Lee et al., 2013; Partridge, 2013; Stella, 2002).

En otro estudio que comparó a MJ con CaMa casadas con aquellas que no contaban con una pareja, mostró que las segundas se avergonzaron por su cuerpo y se preocupaban por su atractivo sexual en mayor medida que las casadas, incluso se percibieron menos femeninas. Las casadas se distinguieron por sentirse más cansadas y con menor apetito sexual (Fobiar et al., 2006), consecuencias reportadas durante y después de tratamientos adyuvantes.

Una de las consecuencias psicológicas del tratamiento reportado en mayor medida por las MJ con CaMa, comparadas con las mujeres mayores, se refiere a la afectación de los procesos cognitivos, como problemas de concentración, pensamiento y memoria a corto plazo, alteraciones en la atención y funciones ejecutivas (Cardoso et al., 2012; Jenkins et al., 2006).

Otra es la que se refiere al aspecto emocional, que se puede experimentar desde el inicio hasta después del tratamiento. Considerando que se encuentran en una etapa altamente productiva (comenzando su vida profesional, estableciendo relaciones interpersonales a largo plazo y así como iniciando o planeando la maternidad) (Mansilla, 2000) estos cambios pueden ser intensos y prolongados (Ali & Warner, 2005). Según el INC (2016) se ha encontrado sintomatología

depresiva en más del 25% de MJ con CaMa. Adicionalmente, se sabe que cuando estas mujeres experimentan depresión suelen presentar otras alteraciones emocionales, cognitivas y comportamentales.

Asimismo, se ha reportado presencia de ansiedad. Se describió que MJ (más del 50%) expresaron sentirse nerviosas, tensas o preocupadas a lo largo de sus tratamientos. Según esta fuente, si los síntomas se prolongan o presentan de manera intensa pueden interferir en las relaciones o actividades cotidianas de las pacientes y, a su vez, empeorar los estados físicos (INC, 2016).

En cuanto a las consecuencias sociales, se ha descrito que las MJ con CaMa presentan problemas específicos a lo largo de la enfermedad (Partridge et al., 2012). Por ejemplo, en el hogar les es difícil desempeñar el rol de madre y/o atender necesidades del hogar y la familia, así como en el empleo o profesión, debido a las exigencias de lidiar con la enfermedad respecto a actividades de autocuidado y daños a la salud a largo plazo (Coyne & Borbasi, 2006). Otra de las consecuencias más reportadas por este grupo de pacientes, en primer lugar es el cambio de planes de vida con respecto a la reproducción, ya que lidian con temores sobre su propia sobrevivencia y posibles efectos negativos en sus futuros hijos; la actividad sexual se ve disminuida, provocando en algunos casos, la disolución de su relación de pareja (Adams et al., 2011).

Todo ello puede afectar el estilo de vida de la paciente y/o a su círculo social. Por ejemplo, les es difícil llevar a cabo actividades como el cuidado, educación, atención o actividades de esparcimiento con los hijos y esposo (Vivar, 2012), y que se relacionan significativamente con el desarrollo de otros problemas psicológicos —depresión, ansiedad y manera de afrontar la enfermedad— (Ali & Warner, 2013; Vivar, 2012). De hecho, MJ con CaMa han reportado gran necesidad de apoyo (especialmente emocional por parte de la pareja) necesidad de psicoeducación a sus parejas y la comunicación de la enfermedad a los hijos (Adams et al., 2011; Gálvez-Hernández et al., 2017)

En resumen, el diagnóstico y tratamientos dirigidos al CaMa en MJ traen diversas consecuencias que afectan el área física, sexual, psicológica y social. Específicamente, del área social, la relación de pareja toma importancia al impactar tanto positiva, como negativamente en la calidad

de vida (Manne & Bard, 2008). Además, ésta ha sido reportada como una de las principales fuentes de apoyo que contribuye al bienestar de la paciente durante el tratamiento del cáncer (por encima de los familiares o amigos) para sobrellevar algunas consecuencias psicológicas (Manne, 2003; Pistrang & Barker, 1995), razón de que en el siguiente apartado se describa a detalle.

## **CAPÍTULO 2. ASPECTOS TEÓRICOS DE LA RELACIÓN DE PAREJA**

El diagnóstico y los tratamientos contra el CaMa afectan la relación de pareja, existen varias propuestas teóricas que definen el constructo, sus principales componentes, etapas y la interdependencia de sus miembros (así como la evidencia que se tiene de éste), con el objetivo de entender los elementos y condiciones que determinan el comportamiento de esta diada.

### **2.1 La relación de pareja**

El ser humano por su naturaleza biológica, psicológica y social busca constantemente relacionarse con otros seres humanos, establecer vínculos. Uno de éstos, que instituye durante su vida adulta, y que ha despertado el interés para ser estudiado, es la relación de pareja.

Dicha relación es definida como una entidad basada en la correspondencia entre dos personas, las cuales se integran y son consideradas ante la sociedad como una unidad, ya que dentro de ésta se compartirán leyes, usos, costumbres, funciones y bienes los cuales van a generar una relación de exclusividad. Según esto, el objetivo de formar esta relación diádica radica en hacer la vida más feliz y placentera de manera recíproca (García, 2002; Wainstein & Wittner, 2003).

En este sentido, el modelo cognitivo conductual menciona que existe un intercambio de refuerzos en diferentes áreas como los amigos, conducta sexual, tareas de casa, tiempo libre, entre otras conductas; las cuales están mediadas por procesos cognitivos y afectivos, generando una relación interdependiente entre ambos miembros de la pareja (García & Navarro, 1997; Karney & Bradbury, 1995).

Por otro lado, Sánchez-Aragón (1999) y Díaz-Loving (1996) coinciden en que la relación de pareja es una asociación entre dos personas que involucra cierta interacción. Ellos agregan que ésta tendrá una serie de pasos interlazados a través del tiempo, que determinan y definen el nivel de acercamiento e intimidad (se describirán más adelante).

### **2.2 Componentes de la relación de pareja**

En México, Díaz-Loving (1999) propuso una estructura teórica y explicativa sobre la relación de pareja, con el objetivo de definir, categorizar, diagnosticar y consecuentemente indicar una relación y temporalidad de variables ligadas a la pareja. Esta teoría considera que los elementos

compartidos por los individuos, darán pie a la relación de pareja. Para ello se asume como una unidad, desde una perspectiva histórica, biológica, psicosocial y cultural.

Estos elementos son:

- *Bioculturales*: Este elemento parte de la teoría del apego de Bowlby (1969; en Díaz-Loving, 1999) sobre la necesidad que tiene el ser humano de ser protegido, cuidado y sentir seguridad ante amenazas externas, se desarrolla desde la infancia con la protección de la madre. En la etapa de la adultez se busca compañía (ya sea de amigos, pareja etc.) para reducir ansiedad y tener apoyo ante situaciones amenazantes, la cual va a determinar el acercamiento o alejamiento a otros seres humanos.
- *Socio-culturales*: Señala que las características biológicas de los individuos se encuentran desarrolladas, modificadas y moldeadas por interrelaciones con pautas socioculturales. Dichas pautas, también llamadas premisas socioculturales, son un conjunto de normas y reglas que regulan las emociones y creencias de las relaciones interpersonales. En este caso, premisas que regulan la relación de pareja e indican el papel que se debe llevar a cabo en la sociedad. Lo anterior es transmitido a través de los procesos de socialización (que refuerzan o castigan conductas esperadas), endoculturación (modelos de conductas adecuadas) o aculturación (presión cultural de nuevas conductas esperadas).
- *Individuales*: Se refiere a la combinación de expectativas que tiene la sociedad, la cultura, la familia, y las características biológicas y psicológicas del individuo sobre cómo debe actuar con respecto a la relación de pareja. Es así que la persona desarrollará ciertos rasgos, valores, creencias, actitudes y capacidades individuales que le permitirán afrontar los problemas en una relación de pareja.
- *Evaluativos*: En la combinación de componentes individuales y culturales, los individuos evalúan a su relación y compañero, cognoscitiva como afectivamente. Dichas evaluaciones individuales se desarrollan a partir de características antecedentes (historia de apego, estilo de amar, internalización de normas sociales etc.), de las que se puede esperar sean diferentes al momento de establecer una relación íntima.
- *Conductuales*: A partir de la biología, el contexto socio-cultural, su individualidad, entendimiento y evaluación, el sujeto examina cuidadosamente la estrategia que responda

mejor a los estímulos que se le presentan. La conducta emitida tendrá un impacto y una interpretación social, ya sea de alejamiento o acercamiento del sujeto hacia su compañero.

De acuerdo con esta postura, estos elementos van a permitir que se conforme o no una relación de pareja, la cual se puede desarrollar en una serie de etapas.

### **2.3 Etapas en la relación de pareja**

Una de las teorías que explica la conformación o disolución de una relación de pareja es la teorización del ciclo de acercamiento/alejamiento de la pareja (Díaz-Loving 1999). Dicha teoría permite determinar y categorizar la relación e información que cada miembro atiende y procesa, codifica e interpreta del otro como estímulo (dentro de la relación). Según este modelo, dependiendo de la etapa de acercamiento o alejamiento en la que se encuentre la relación, cada individuo evaluará (cognitiva o afectivamente) las conductas del otro. Las etapas de este ciclo son las siguientes:

- *Extraño/desconocido*: Cuando el sujeto percibe y reconoce al otro, pero hay ausencia de conductas y cogniciones dirigidas a algún tipo de relación o acercamiento (contiene elementos sólo físicos externos y descriptivos).
- *Conocido*: El sujeto llega a categorizar a la otra persona como conocida o mantenerla como extraña. Esta etapa se caracteriza por cierto grado de familiaridad entre los individuos y por conductas de reconocimiento a nivel superficial, con un grado bajo de cercanía o intimidad.
- *Amistad*: Donde el acercamiento llega a consolidarse como amistad, aquí se da una constante reevaluación de la relación que lleva a una definición de normas y alcances. Cabe mencionar que esta etapa excluye aspectos de pasión o románticos.
- *Atracción*: En esta etapa se mezclan intereses románticos, se acentúa un interés por conocer e interactuar con el otro, buscando hacerse más interdependientes.
- *Pasión y romance*: Donde se presentan respuestas fisiológicas específicas y una interpretación cognoscitiva de intensidad, la cual lleva a una relación más cercana.
- *Compromiso*: Cuando los miembros de la relación deciden mantenerla a largo plazo.



- *Mantenimiento*: Involucra convivir diariamente con la pareja a largo plazo, donde se logran resolver las problemáticas que se van presentando a lo largo del ciclo vital de las personas (como el advenimiento de los hijos).
- *Conflicto*: Cuando los miembros de la pareja no logran resolver las problemáticas de manera eficaz, los conflictos suelen quebrantar el mantenimiento de la relación.
- *Alejamiento y desamor*: Si se mantienen los conflictos, los miembros de la relación pierden interés por interactuar, lo que puede alcanzar estrategias evitativas al contacto. Las evaluaciones de cada sujeto se vuelven cada vez más negativas (en ocasiones llegan al hostigamiento físico o/psicológico).
- *Separación y olvido*: Con el paso del tiempo, la relación se vuelca al compromiso individual (la separación), así como la absorción de actividades nuevas, se cierra el círculo de la relación, que termina en el olvido.

De acuerdo con Díaz-Loving (1996) el ciclo antes expuesto presenta ciertas consideraciones:

- 1.- Cada individuo puede encontrarse en distinto orden a través de las diferentes etapas del ciclo.
- 2.- Cada sujeto no siempre vive en la misma categoría que su pareja.
- 3.- Con respecto a la etapa de mantenimiento, los aspectos de intimidad y compromiso pueden mantenerse constantes, mientras que otras como la pasión y el romanticismo pueden aparecer y desaparecer constantemente en la relación.
- 4.- Algunos individuos llegan a una etapa determinada del ciclo, sin pasar por anteriores o posteriores, otros revierten o brincan de una etapa a otra de manera no contigua.
- 5.- Es indispensable que dentro del ciclo de acercamiento-alejamiento se consideren variables sociológicas, para tener una visión global y completa de la relación de pareja.
- 6.- Se debe tomar en cuenta que cuando la persona percibe al otro y la evalúa, tanto cognitiva como afectivamente, lo hace tomando en cuenta la etapa en la que se encuentra y el contexto social.

Por otro lado, Sánchez-Aragón (1995) también propone etapas del desarrollo de una relación de pareja. Ella retoma varios elementos de otros autores y agrega temporalidad a cada etapa, tomando en cuenta la edad de los hijos. Las etapas son las siguientes:

- Noviazgo de 0 a 6 meses: atracción por el otro, comienza un conocimiento mutuo, donde se descubren intereses y hábitos que permiten o no la apertura de cada miembro.
- Noviazgo al matrimonio: etapa de estabilización que permite a los miembros un conocimiento más amplio del otro, y se da un enfrentamiento de situaciones sociales nuevas y convencionales.
- Matrimonio sin hijos (0 a 3 años): es la vida conjunta de la pareja, donde se produce un momento de ajuste y conocimiento, la pareja se enfrenta a responsabilidades y reglas acordadas sobre su dinámica de interacción.
- Matrimonio con hijos con 3 a 7 años de relación: se afirman los roles de padre y madre, la pareja se enfrenta a un nuevo ajuste y negociación de responsabilidades con respecto a la maternidad y paternidad.
- Matrimonio con hijos con 7 a 14 años: se consolida la pareja, se comienza a buscar un equilibrio entre aspiraciones y logros individuales.
- Matrimonio con hijos de 14 o más años en la relación: se vuelve a dar un nuevo ajuste en la pareja debido a la etapa de crecimiento en la que se encuentran los hijos. La relación sufre cambios al preparar la salida de los hijos del hogar. La pareja llega a redefinirse y reencontrarse debido al mayor tiempo que tienen para ellos mismos.

Si bien es cierto, existen otros modelos que definen las etapas de una relación de pareja, sólo se retomaron los modelos conformados con estudios empíricos, donde las muestras de parejas recolectadas fueron similares a la de interés en esta investigación, así como acorde a la temporalidad de dichas etapas. Por otro lado, de acuerdo a la definición de relación de pareja antes mencionada, a continuación se hablará de un modelo que considera la interacción de sus miembros (interdependencia), el cual se ha aplicado al estudio de la relación diádica en el ámbito de la salud.

## **2.4 Modelo de Interdependencia**

Teorías de la psicología social mencionan que una vez conformada la relación de pareja, se comienza a desarrollar la interdependencia entre los individuos durante las etapas denominadas de *compromiso o matrimonio*.

La teoría de la interdependencia se originó con el objetivo de entender el contexto interpersonal de las relaciones sociales, es decir, cómo las personas respondían a ciertas situaciones de manera individual y conjuntamente (Lewi et al., 2006; Rusbult & Van Lange, 2003).

Dicha teoría trata de comprender los resultados de la interacción entre los miembros de una diada, en este caso la pareja. En otras palabras, la teoría trata de entender si los miembros de la pareja cooperan, chocan o toman sus propias decisiones y conductas para lograr un determinado fin. Cabe señalar que la teoría sugiere el estudio de la perspectiva de cada miembro para obtener una visión completa de la conducta que se quiere explicar. De esta manera, teniendo en cuenta la perspectiva de cada cónyuge se logra conocer la influencia individual, como conjunta, de la diada en un determinado comportamiento. Es decir, conocer la forma en que interactúan los miembros de la diada y su influencia en el comportamiento de cada uno (Van et al., 1997).

Esto es, la interdependencia la han definido como el comportamiento de cualquiera de los miembros de la diada, influenciado por el comportamiento del otro, de tal forma que exista una tendencia a responder ante una situación inesperada de la misma manera, frecuencia e intensidad (Jacobson & Addis, 1993).

Uno de los modelos que ha comprobado la interdependencia en diferentes tipos de diadas, en específico en la que comprende a la relación de pareja (desde este momento referida como diada) en el ámbito de la salud, es el Modelo de Interdependencia Actor-Pareja (Actor-Partner interdependence model, APIM). Este es un modelo que asume que las relaciones diádicas tienen una influencia bidireccional (esto es, la mutua influencia que se produce entre la paciente y su pareja); se refiere a la suma de interacciones y al resultado de esa interacción (Roche, 2006), que utiliza técnicas estadísticas específicas con el objetivo de probar la interdependencia de la diada (Cook & Kenny, 2005; Lewis et al., 2006).

Dicho modelo trata a la diada, como una unidad de análisis, analizando independientemente los efectos del actor, de la pareja y los efectos conjuntos. Los efectos del actor son debidos a la persona (por ejemplo, la percepción que puede llegar a tener una mujer con CaMa sobre la mala calidad en su relación de pareja, puede explicar sus síntomas depresivos); los efectos de los miembros de pareja se refieren a la influencia de un miembro de la diada sobre el otro; y, la

articulación de efectos se refiere a aquellos comportamientos influenciados por uno mismo y su pareja. Cabe señalar que en el APIM, los efectos del actor se estiman mientras se controlan los efectos de pareja y los efectos de pareja son estimados, mientras se controlan los efectos del actor (Cook & Kenny, 2005; Gareau, Fitzpatrick, Gaudreau, & Lafontaine, 2016).

A través del APIM se ha comprobado empíricamente la interdependencia que tienen los miembros de la pareja en diferentes variables relacionadas con la salud. Por ejemplo, Chung, Moser, Lennie, y Rayens (2009) llevaron a cabo un estudio en 58 diadas de pacientes con insuficiencia cardiaca (pacientes y cuidadores, donde el 43% de estos últimos fueron las parejas<sup>4</sup> de los pacientes). Encontraron que los síntomas de ansiedad y depresión tanto de pacientes como de parejas influyeron en la calidad de vida de cada uno. Además, se mostró que los síntomas de las parejas (ansiedad y depresión) influyeron en la calidad de vida de los pacientes, pero no viceversa.

También se han llevado a cabo estudios relacionados al cáncer. Manne, Kashy, Weinberg, Boscarino, y Bowen (2012) estudiaron 198 diadas (todos pacientes y sus parejas) con altas probabilidades de cáncer colorrectal, midiendo las percepciones para llevar a cabo el *screening*<sup>5</sup> (beneficios o barreras). Los autores encontraron que mayor riesgo de cáncer se asoció ( $r=0.57$ ) con percepciones beneficiosas, esto es, aquellos miembros con alto riesgo de cáncer colorrectal pensaban más en los beneficios que le traería a la pareja si se realizaban pruebas de chequeo. Además, las parejas con mayor riesgo platicaban más frecuentemente respecto a la detección y tratamiento del cáncer (observado en correlaciones con  $r=.92$ ), incluso encontraron que la diada que discutían sobre el *screening*, tenía mayores intenciones de realizarse pruebas en un futuro inmediato ( $r=.64$ ).

Segrin, Badger, y Harrington (2012) en un estudio longitudinal con 70 diadas (93% fueron matrimonios) de sobrevivientes de cáncer de próstata, concluyeron que a mayor síntomas psicológicos reportados por la pareja estos influyeron en el aumento de sintomatología

---

<sup>4</sup>El término **diada** utilizado en el texto se refiere a la relación de pareja. **Pareja** también referido en el texto se refiere al cónyuge, esposo o compañero con el que tiene una relación de pareja; término con el que se seguirá utilizando con el mismo significado en el resto del texto.

<sup>5</sup> National Cancer Institute (2015) define *screening* (detección) como una forma de chequeo de las condiciones que pueden llegar a convertirse en cáncer.

psicológica y menor calidad de vida del sobreviviente a lo largo del tiempo, es decir a 8, 16 y 24 semanas.

Al respecto, Karademas y Giannousa (2013) encontraron en 70 diadas con recién diagnóstico de cáncer (diferentes diagnósticos, entre ellos CaMa) que el control personal percibido por las parejas se asoció con la ansiedad y depresión del paciente. En otras palabras, cuando la pareja pensaba que el/la paciente era capaz de controlar su enfermedad menor ansiedad y depresión presentaba el otro. Por otro lado, el control percibido por las parejas respecto al tratamiento explicaba su propia ansiedad, su propia depresión y la depresión del paciente, es decir a mayor percepción de control respecto al tratamiento de la pareja ésta presentaba menor ansiedad y depresión, y el paciente también menor depresión.

Fife, Weaver, Cook, y Stump (2013) estudiaron a 193 diadas (más del 50% correspondían a las parejas) con pacientes candidatos a trasplante de médula ósea, a lo largo 12 meses, los hallazgos mostraron que a mayores emociones negativas reportadas por la pareja, menor ajuste diádico (calidad de la relación de pareja) percibido por el paciente.

Finalmente, también se han llevado a cabo estudios que muestran la importancia de la interdependencia con respecto a la salud en pacientes con CaMa. Segrin et al., (2005) llevaron a cabo un estudio longitudinal (en pacientes con tratamiento adyuvante) en 48 diadas (63% correspondían a las parejas de éstas), donde se encontró que los síntomas depresivos experimentados por las pacientes se relacionaban positivamente con los síntomas depresivos y efectos físicos negativos de los cuidadores; además estos efectos negativos también se asociaron con los efectos físicos positivos de las pacientes sus efectos negativos y estrés de éstas. También los efectos físicos negativos indicados por las pacientes se asociaron con síntomas depresivos y efectos físicos positivos de los cuidadores; las asociaciones se mantuvieron a lo largo del estudio.

Segrin, Badger, Dorros, Meek, y López (2007) con una muestra de 96 diadas en pacientes con CaMa (73% maridos), en un estudio longitudinal de 10 semanas; encontraron que a mayor ansiedad de la paciente, mayor estrés y depresión en la pareja y viceversa. Incluso se encontró

que entre menos ansiedad reportada por ambos miembros, mejor percepción tenían de la relación de pareja.

De la misma manera Dorros, Card, Segrin, y Badger (2010) en 95 diadas de mujeres con CaMa en tratamiento adyuvante (63% correspondían a los esposos de éstas), encontraron que la depresión y el estrés que reportaron las pacientes tuvo efectos en la salud (que incluía aspectos físicos, psicológicos y sociales) de su pareja y viceversa; además la depresión de las pacientes y el propio estrés de las parejas predijo la salud de estos últimos.

Finalmente, Segrin y Badger (2013) en un estudio longitudinal con una muestra de 49 diadas sobrevivientes de CaMa (43% esposos), los resultados mostraron que los efectos negativos de salud física de un miembro de la diada predicen los efectos de salud física negativos del otro miembro con el transcurso del tiempo. Además, los niveles de ansiedad, depresión y estrés de un miembro de la diada, se explicaron por el nivel de ansiedad, depresión y estrés del otro. Asimismo, encontraron que a mayor nivel de ansiedad reportado por cualquier miembro de la diada en la primera evaluación, predecía mayor sintomatología ansiosa en el otro miembro, en el segundo momento de evaluación.

Como se puede notar, estudios que muestran interdependencia entre los miembros de la diada pareja, se han llevado a cabo en diferentes padecimientos crónicos y en específico en diferentes diagnósticos de cáncer, incluido el CaMa. Todos ellos muestran la importancia de estudiar a la diada (y en específico a la relación de pareja) como unidad de análisis; verificado en los efectos de salud que reportan, sobre todo de las parejas con respecto a las pacientes. Por ejemplo, en las investigaciones mencionadas se puede observar que síntomas psicológicos como depresión, emociones negativas, ansiedad o estrés reportados por las parejas, son interdependientes con los síntomas psicológicos en pacientes, incluso en la calidad de vida; exacerbando sus síntomas físicos y la percepción de mala calidad en su relación marital.

En conclusión, se cuenta con evidencia científica de la mutua influencia entre los miembros con respecto a su salud física y mental, lo cual repercute en el afrontamiento y adaptación de la enfermedad de pacientes con CaMa, de sus parejas y de la relación de pareja. Sin embargo, aún faltan estudios que aclaren la influencia de los pacientes en las parejas. Además, las diadas

contempladas en la mayoría de los estudios no son sólo de pareja, incluso algunos esposos no vivían con ellas en el momento del estudio, lo cual limita las conclusiones.

Aunado a que los estudios tienen muestras pequeñas, instrumentos no validados en la población estudiada, o no contestados por ambos miembros de la diada y diagnósticos oncológicos mixtos. Finalmente, todos los estudios contemplan población de edad mayor a los 50 años, inclusive algunos estudios mencionan que una de sus limitaciones fue la consideración de diadas jubiladas, con altos ingresos económicos y bien educadas (Manne et al., 2012; Segrin et al., 2005; 2007; 2012).

En resumen, la relación de pareja es una de las más importantes en el ser humano. Dicha relación se encuentra integrada por elementos bioculturales, socioculturales, individuales, evaluativos y conductuales que se desarrollan a través de etapas, que van a conformar y estabilizar la relación.

A pesar del conocimiento descrito, falta información con respecto a la diada joven, que está comenzando una etapa de compromiso o matrimonio y que atraviesa un diagnóstico o tratamiento de CaMa. Asimismo, al momento no se conoce de qué manera se comportan las pacientes que viven en países como México, dado que la mayoría de los estudios se ha realizado en población caucásica. Es así que el siguiente capítulo abordará los hallazgos de las principales variables que se han estudiado hasta el momento, en mujeres con CaMa y sus parejas.

### **CAPÍTULO 3. VARIABLES PSICOSOCIALES EN PAREJAS CON CaMa**

Primeramente, es importante mencionar que se han realizado estudios donde se describe que pacientes y sus parejas al recibir un diagnóstico de cáncer presentan niveles significativamente altos de depresión y baja calidad de vida, cuando se comparan con parejas sanas (Hagedoorn, Buunk, Kuijer, Wobbes, & Sanderman, 2000). Además, ha mostrado (Estados Unidos) que parejas jóvenes y adolescentes con diagnóstico y tratamiento de cáncer reportan mayor malestar marital, problemas sexuales y estrés en la diada. Incluso este estudio afirma que los matrimonios donde algún miembro de la pareja es diagnosticado con cáncer tiene siete veces mayor riesgo de separarse, en comparación con parejas sanas (Kirchhoff, Yi, Wright, Warner, & Smith, 2012). Estos datos dan una visión general de la importancia de entender el concepto de pareja en un diagnóstico y tratamiento de cáncer.

Al respecto, actualmente se han estudiado diferentes constructos y variables comprometidas en la diada pareja con diferentes tipos de cáncer, sin embargo, dado el interés del presente trabajo sólo se enfocará en el CaMa. Es así que a continuación se describen las principales variables de estudio en el ámbito oncológico, ajuste diádico, apoyo social y calidad de vida, variables que han dado cuenta de la importancia de la relación de pareja en mujeres con CaMa, en el momento del diagnóstico, transcurso de la enfermedad y tratamientos (Borstelmann et al., 2015; Champion et al., 2014; Hagedoorn et al., 2000; Manne et al., 2014). Sin embargo, antes de describir la evidencia que existe sobre ajuste diádico y apoyo social en diadas con CaMa, se definirá calidad de vida, ya que las primeras variables se han relacionado con la segunda en ambos miembros.

#### **3.1 Calidad de vida**

Calidad de vida está construida de una visión objetiva, que se refiere al grado que se alcanza el bienestar o malestar personal, se mide mediante indicadores biológicos, psicológicos, materiales, conductuales y sociales (Chibnall & Tait, 1990; Rodríguez-Marín Pastor, & López, 1993); y una visión subjetiva que se refiere a la experiencia y percepción de bienestar de cada persona sobre cada área (Ardila, 2003; Cardona & Agudelo, 2005). De esta manera, la salud y calidad de vida se encuentran estrechamente relacionadas, siendo la primera un indicador de la segunda (Dennis, Williams, Giangreco, & Cloninger, 1993); así la salud puede determinar la calidad de vida de una persona, y viceversa (Cardona & Agudelo, 2005; Ventegodt, Merrick, & Andersen, 2003).



Al respecto, la Organización Mundial de la Salud, a través del grupo de trabajo en calidad de vida (World Health Organization Quality Of Life —WHOQOL), propuso una definición (The WHOQOL Group, 1995) de donde surgen cuatro dimensiones que se evalúan como percepciones: 1) física (condiciones físicas); 2) psicológica (condiciones afectivas y cognitivas); 3) social (sobre las relaciones sociales); y 4) ambientales (sobre el lugar y cultura en el que vive la persona). Por lo tanto calidad de vida es definida como: la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto cultural y en el sistema de valores en el que vive y en relación con sus expectativas, sus normas y sus inquietudes. Se trata de un concepto amplio influido de modo complejo por cada dimensión que la compone (OMS, 2005).

En contraste, para un paciente con una enfermedad crónica (donde se ve comprometida su salud) la calidad de vida es conceptualizada a través de una perspectiva funcional (Ventegodt et al., 2003) la cual contempla: 1) un estatus funcional, que se refiere a la capacidad de realizar actividades de autocuidado, movilidad y actividades físicas; 2) presencia y gravedad de síntomas relacionados con la enfermedad y/o tratamientos; 3) funcionamiento psicológico, que se refiere al ajuste o adaptación psicológica, por ejemplo el malestar emocional observado en pacientes oncológicos; 4) funcionamiento social, también llamado adaptación social y se refiere a la incorporación de las actividades sociales cotidianas, considerando las actividades de rol llevadas antes de la enfermedad (Aaronson, 1988; Rodríguez-Marín et al., 1993). Por lo tanto, la calidad de vida de pacientes oncológicos va a depender de la adaptación a la enfermedad, al tratamiento y a los efectos (Rodríguez-Marín et al., 1993).

### **3.2 Ajuste Diádico**

El ajuste diádico es un constructo propuesto por Spanier (1976) al desarrollar la Escala de Ajuste Diádico. Dicho autor lo considera como un proceso siempre cambiante de adaptación a una relación sentimental, el cual puede ser evaluado en cualquier momento, desde una dimensión de bien o mal ajustada. Según, Scorsolini y dos Santos (2013), Spanier (1976), Tapia y Poulsen (2009) éste se encuentra determinado, por el grado de:

- **Consenso:** El cual se refiere al grado de acuerdo que existe entre los miembros de la diada con respecto a temas relevantes (como manejo del dinero en los gastos del hogar,

relación con otros familiares, actividades de ocio, aspectos espirituales, metas, entre otros).

- Cohesión: Hace referencia al grado en que los miembros de la diada se involucran en actividades en común.
- Satisfacción: Que se refiere al grado de gozo o agrado de cada miembro de la pareja en el momento que es evaluado (presente) y grado de compromiso de permanecer en la relación.
- Expresión de cariño: El cual se refiere al grado en que los miembros de la diada se encuentran satisfechos con ésta dentro de la relación y satisfacción en las relaciones sexuales.

Al respecto, actualmente se cuenta con evidencia relevante, sobre la relación entre el ajuste diádico y salud psicológica, así como la percepción del dolor dentro de los miembros de la diada con CaMa, además del impacto que llega a tener el diagnóstico y tratamientos de esta enfermedad en el ajuste de la relación; aspectos que se describen en los siguientes párrafos.

La relación de pareja y su ajuste se han relacionado con bienestar personal, por ejemplo, se ha encontrado que aquellos miembros de la pareja con menor ajuste tienen más riesgo de padecer depresión, mayores niveles de estrés, dificultades en los estilos de afrontamiento y menor salud física (Cuenca, 2013).

También se han llevado a cabo estudios que dan cuenta del impacto que tiene el diagnóstico y tratamiento de CaMa en el ajuste de la pareja y este a su vez en la salud psicológica de los miembros de la diada. Al respecto Watts et al., (2014) estudiaron a 94 diadas con alto riesgo de desarrollar CaMa y/u ovárico y encontraron en las diadas niveles de moderados a altos en ajuste diádico, donde las pacientes con mayor riesgo de padecer cáncer se encontraban más satisfechas en su relación, en comparación con sus parejas. Igualmente, que a mayor apoyo percibido de ambos miembros de la diada, mayor consenso y mayor satisfacción para ambos. Además, cuando los miembros de la diada consideraban que trabajaban en equipo (es decir, discutían el riesgo que tiene la paciente de padecer cáncer y planeaban sobre las posibles consecuencias) se asociaron positivamente con mayores niveles de cohesión y satisfacción en su relación. Aunque

los síntomas psicológicos no se asociaron con las demás variables, afirmaron que el apoyo social y el trabajo en equipo pueden llegar a mejorar la calidad de la relación y enfrentar mejor un posible diagnóstico de cáncer.

En el estudio longitudinal de Weihs, Enright, Howe, y Simmens (2008) —a 15 meses y 34 meses después del diagnóstico—reportaron una relación negativa significativa entre el ajuste diádico percibido por los miembros de la pareja y su nivel de angustia, y donde el ajuste decrementó a los de 34 meses después del diagnóstico, y la angustia aumentó. Así mismo, Kraemer, Stanton, Meyerowitz, Rowland, y Ganz (2011) llevaron a cabo un estudio longitudinal a 10 y 20 meses del diagnóstico en 153 diadas. Los autores encontraron que en general la sintomatología depresiva y el ajuste diádico no cambiaron a lo largo del estudio en ambos miembros de la diada, pero hubo mejoría con respecto a su calidad de vida y el impacto de la enfermedad. También reportaron que cuando los esposos y sus parejas expresaban sus emociones respecto a la enfermedad, y se mostraban menos evitativos, la percepción del ajuste diádico y la calidad de vida aumentaban, y disminuía la sintomatología depresiva en las pacientes.

El estudio de Rottman et al., (2015) encontró que ambos miembros percibieron que la calidad de la relación disminuía del diagnóstico a lo largo del tratamiento. Además, que cuando las parejas reportaron no prestar interés en el diagnóstico y síntomas de los tratamientos, la percepción de la calidad de la relación disminuía a lo largo del tratamiento en ambos, y aumentaba la sintomatología depresiva en las pacientes. Sin embargo, cuando los miembros presentaban un apoyo común al momento del diagnóstico, la calidad de la relación aumentaba a lo largo del tratamiento y disminuía la sintomatología depresiva en las pacientes.

Kausar y Saghir (2010) estudiaron a 30 diadas paquistaníes a 5 meses de haber recibido el diagnóstico (no incluían mujeres con cirugía). Los autores encontraron que las pacientes reportaron mayores puntajes en consenso, satisfacción y mayor expresión de emociones en su relación, en comparación con su pareja. En la diada hubo una relación positiva entre crecimiento personal y ajuste diádico. Además, cuando los miembros de la diada expresaban sus emociones, encontraban mayor número de posibilidades para afrontar el diagnóstico; también a mayor ajuste global, consenso y satisfacción no presentaron dificultad en pedir ayuda a otras personas. Finalmente, cuando pacientes y parejas reportaban mayor ajuste diádico, consenso, cohesión y

expresión de cariño, se sentían capaces para afrontar el diagnóstico y el tratamiento, y tenían mayor apreciación por la vida.

Así mismo, dicho constructo también se ha estudiado en pacientes en etapas avanzadas con CaMa y su relación con el apoyo percibido, síntomas psicológicos y la percepción del dolor. Badr, Carmack, Kashy, Cristofanilli, y Revenson (2010) evaluaron a 110 diadas, de manera longitudinal (al inicio del tratamiento del cáncer metastásico, a los tres y seis meses). Ellos encontraron que conforme avanzaba la enfermedad y la aplicación de los tratamientos, el ajuste diádico disminuía ligeramente en las pacientes. Igualmente, las diadas que no percibieron apoyo o un apoyo negativo (hostil) del otro, presentaban mayor malestar emocional con respecto al cáncer. El ajuste diádico fue mayor cuando las diadas reportaron recibir apoyo positivo mutuo.

Años posteriores, Bard y Shen (2014) en un estudio similar, mencionaron que los índices de sintomatología depresiva y ajuste diádico se mantuvieron al inicio del tratamiento metastásico, a los tres y seis meses tanto en pacientes como en parejas. El ajuste diádico se asoció negativamente con la sintomatología depresiva de la diada. Las pacientes que presentaron mayores pensamientos catastróficos, indicaban mayor percepción del dolor y menores niveles de ajuste diádico. Los autores encontraron en los análisis multinivel que cuando el ajuste diádico era menor en la diada (independientemente de la percepción del dolor de las pacientes), las pacientes reportaban mayor catastrofización y ambos miembros reportaban alta sintomatología depresiva. Cuando las pacientes reportaron mayor catastrofización y alto dolor, las parejas indicaban menores índices de ajuste diádico y ambos presentaban mayor sintomatología depresiva. Aunque, cuando las mujeres reportaban altos niveles de catastrofización y bajo dolor, las parejas presentaron menor ajuste diádico y menor sintomatología depresiva.

De igual manera, existe evidencia que el tipo de tratamiento, en específico la cirugía, tiene repercusiones en cuanto a la calidad de vida, salud psicológica, sexualidad en las pacientes y relación de pareja; y cómo estas repercusiones se encuentran asociadas. En un estudio llevado a cabo en Inglaterra para evaluar el impacto de la mastectomía en mujeres (sin distinción de edad), comparó mujeres mastectomizadas que recibieron reconstrucción mamaria, con las que no la recibieron. Se encontró que el primer grupo reportaba significativamente mayor ajuste diádico, calidad de vida y menor sintomatología depresiva, en comparación con las mujeres que no la habían recibido (Aerts, Christiaens, Enzlin, Neven, & Amant, 2014).

En el mismo sentido, Cervera y Auba (2005) en su estudio llevado a cabo con mujeres mayores con CaMa en España al momento del diagnóstico y al final de la cirugía. Los autores encontraron que durante todo el tratamiento las mujeres calificaron con altos niveles de estrés, deterioro en la calidad de vida, disminución del consenso, satisfacción y expresión emocional con el cónyuge. Las pacientes sometidas a cirugía conservadora mantuvieron el mismo nivel de ajuste diádico, en comparación con la cirugía radical.

Al respecto, tomando en cuenta la perspectiva de la pareja, Sherman et al., (2009) estudiaron antes y después de la cirugía de CaMa a 205 diadas (112 se referían a diadas de cónyuges). Ellos hallaron que las pacientes donde el cuidador primario era la pareja, después de haberse sometido a la mastectomía, reportaron mayores problemas sociales y domésticos y disminución de calidad de relación de pareja, en comparación con otro tipo de diadas.

Keskin y Gumus (2011) en su evaluación de 94 mujeres (42 con mastectomía y 52 con histerectomía) encontraron que a mayor cohesión y satisfacción con su relación de pareja, las pacientes presentan menos problemas sexuales en general; en específico, menor evitación en sus encuentros sexuales, menores problemas orgásmicos y respecto a su imagen corporal y menor sintomatología depresiva. Además aquellas mujeres que reportaban mayores periodos de tratamiento, presentaron menor ajuste diádico.

Continuando con el impacto que tiene la mastectomía, Avci, Okanlı, Karabulutlu, y Bilgili (2009) no encontraron relación estadísticamente significativa entre ajuste diádico y niveles de desesperanza en una muestra de 59 mujeres sometidas a mastectomía. A pesar de ello, encontraron que más de la mitad de la muestra pensaban que realizarse la mastectomía tendría efectos negativos en su relación de pareja.

Más tarde, Avci y Kumcagiz (2011) en su estudio con 44 diadas donde correlacionaron ajuste diádico y la percepción de soledad después de la mastectomía, hallaron en general que aquellas diadas con mayor número de años de vivir juntas presentaban mayor ajuste y las parejas (hombres) con mayor escolaridad también reportaban mayor ajuste diádico. Aunque no hubo correlación estadísticamente significativa entre el ajuste de diádico y la percepción de soledad en

la diada, sí se encontraron diferencias significativas respecto al ajuste diádico, el cual era mayor en aquellas mujeres que reportaban menores indicadores de soledad.

También se ha encontrado que las palabras positivas están relacionadas con el ajuste diádico. Robbins, Mehl, Smith, y Wehs (2012) llevaron a cabo un estudio con 72 pacientes (sobrevivientes) y sus respectivas parejas e hijos. Entre los resultados encontraron que a mayor número de palabras positivas (utilizadas en por los tres miembros), menor conflicto emocional. Específicamente en la pareja a mayores palabras positivas, mayor ajuste diádico; además cuando los miembros de la diada se dirigían a su compañero refiriéndose a “nosotros” se relacionó con mayor ajuste y ligeramente menor depresión en ambos miembros. Cuando las parejas utilizaban palabras positivas, éstas se correlacionaron positivamente con mayor cohesión dentro de la relación, y a más palabras que denotaran ansiedad se correlacionaron con mayores síntomas de depresión en las pacientes.

Así mismo, Karan, Wright, y Robbins (2017) realizaron un estudio en el cual se les pedía a 52 parejas utilizar un aparato electrónico el cual registraba la conversación de cada miembro de la diada, y al final la diada contestaba (de manera independiente) la Escala de Ajuste Diádico. Los autores encontraron que las palabras positivas utilizadas por las parejas correlacionaban positivamente con su propio ajuste y el ajuste de las pacientes; las palabras negativas utilizadas por las pacientes correlacionaron negativamente con su propio ajuste y el de sus parejas. Además, las palabras de ira utilizadas por las pacientes correlacionaban negativamente con el ajuste de sus parejas. En cuanto a los pronombres, cuando las parejas utilizaba “nosotros” mayor era su consenso y las pacientes reportaban mayor satisfacción en su relación. Los autores concluyen que el uso de determinadas palabras tiene cierta influencia en la relación de la diada con CaMa.

En resumen, el ajuste diádico es un constructo que se ha estudiado en diferentes diagnósticos de cáncer. Específicamente en el CaMa, se ha trabajado en diferentes momentos de la enfermedad (desde su posible desarrollo hasta etapas avanzadas); de esto se conoce que el nivel de ajuste en la relación se asocia con el tipo de tratamiento, el tiempo transcurrido de éstos y la calidad de vida de pacientes y sus parejas.

En concreto existe evidencia de que el apoyo mutuo entre los miembros de la diada y que se conciben como unidad (trabajo en equipo y utilicen palabras refiriéndose a “nosotros”) se relaciona con ajuste en la relación; y éste se asocia negativamente con problemas psicológicos, como la depresión, ansiedad, estrés, estilos de afrontamiento, angustia y percepción de soledad; así como, problemas sexuales (acercamientos sexuales y disfrute sexual), imagen corporal y problemas de salud.

Por otro lado, que la diada tenga niveles altos de ajuste se asocia positivamente con el crecimiento personal, es decir, ésta puede llegar a generar herramientas necesarias, como pedir ayuda a otros o apreciar la vida, para poder afrontar el diagnóstico de mejor manera.

Los estudios hasta ahora mencionados se han realizado con mujeres de 50 años o más, en otros casos el rango de edad es muy amplio. Aun cuando en ellos se ha estudiado el ajuste diádico, sólo algunos han evaluado a ambos miembros. En el caso de mujeres jóvenes con CaMa no se ha investigado de qué manera se da este ajuste así como tampoco se ha analizado si hay relación con la calidad de vida, sobretodo en México y teniendo presente tanto las características clínicas y sociodemográficas.

### **3.3 Apoyo Social**

Apoyo social ha mostrado ser un determinante del bienestar y calidad de vida tanto de la paciente como de su pareja; además, de estar asociado con la calidad de la relación. Por ello el siguiente apartado detalla la definición de apoyo social, su importancia en la salud y la evidencia con respecto a la diada con CaMa.

Algunos autores refieren que el apoyo social se tiene que definir desde una perspectiva multidimensional, para mejor entendimiento y medición: 1) integración y *participación social* (cantidad), 2) *estructura* de las relaciones sociales (estructural), y, 3) desde el contenido *funcional* de las relaciones de la persona (función) (Castro, Campero, & Hernández, 1997; Durá & Garcés, 1991; Rodríguez-Marín, Pastor, & López, 1993).

1.- Desde la *perspectiva social*, se refiere a la existencia y cantidad de relaciones sociales con las que cuenta una persona, las cuales pueden ser naturales (como la familia, amigos, vecinos); o artificiales (como algunas instituciones o grupos de ayuda).

2.- *La estructura* hace alusión al análisis de dichos vínculos y sus efectos sobre las relaciones sociales, es decir el número de personas que componen la red, la cantidad de interrelaciones entre los miembros y la proximidad o lejanía de éstos con respecto a la persona; es aquí donde el apoyo que brinda la red social, proporciona retroalimentación de las conductas observadas de la persona que recibe el apoyo mediante la utilización de recursos psicológico y materiales; también en este aspecto el comportamiento entre individuos tendrá como fin mejorar la competencia adaptativa, para poder enfrentar o manejar algún problema en cuestión de quien busca el apoyo.

3.- Respecto a la *función*, se refiere a la ayuda que facilitan las relaciones sociales y que contribuye al bienestar de la persona que recibe el apoyo (salud-calidad de vida); dicha ayuda puede ser información, afectiva o habilidades y que al ser percibida por la persona apoyada promueve la percepción de ser amada y de formar parte del grupo (Cienfuegos, 2004; 2010; Durá & Garcés, 1991; Rodríguez-Marín et al., 1993).

Específicamente, las funciones que pueden proporcionar las redes de apoyo se pueden dividir en tres: a) instrumental: hace énfasis al apoyo que se da por medio de consejos o información, concretamente son las conductas que buscan la adaptación de la persona a su medio o situación particular; b) material: hace referencia a la disponibilidad de recursos monetarios o bienes proporcionados con el objetivo de solucionar problemas prácticos, como la alimentación o la vivienda; c) emocional: comprende las tareas realizadas por la red de apoyo a través de las cuales las personas se sienten amadas, valoradas, respetadas y la percepción de poder contar con otras personas así como la pertenencia a un grupo (Cienfuegos, 2010; Durá & Garcés, 1991; Rodríguez-Marín et al., 1993).

Tomando en cuenta todos los aspectos anteriores Cienfuegos (2004) refiere al apoyo social como aquella ayuda que se encuentra disponible para una persona, a través de los lazos o redes sociales conformadas por personas, grupos e instituciones; los cuales son percibidos como soporte emocional, instrumental y de comunicación, facilitándole oportunidades para retroalimentarse acerca de sí mismo y validar las expectativas que tiene de otros. Además quien



recibe el apoyo, genera sentimientos de bienestar, repercutiendo de manera positiva en su ajuste al medio.

Investigaciones realizadas hasta el momento han observado que el apoyo social proporcionado y percibido; específicamente para los enfermos crónicos, es un determinante en su calidad de vida general y su salud en particular. La relación entre apoyo social y calidad de vida puede entenderse desde dos perspectivas: 1) cuando el apoyo reduce (o amortigua) el impacto psicológico directamente de los eventos estresantes que afectan a las personas (p.e., aparición o agravamiento del padecimiento de la enfermedad); 2) el apoyo puede influir directamente sobre la enfermedad física, contribuyendo con niveles de mortalidad o rehabilitación (Castro et al., 1997; Durá & Garcés, 1991; Rodríguez-Marín et al., 1993).

En cuanto al CaMa la relación de apoyo social y calidad de vida se ha estudiado desde ambas perspectivas; dando evidencia de que: 1) el apoyo en MJ es una necesidad no satisfecha y que al no contar con éste puede repercutir en su salud; 2) puede contribuir a que las mujeres lleven a cabo conductas de prevención; 3) el diagnóstico y tratamiento impactan en el apoyo percibido; 4) se relaciona con la salud física y psicológica de pacientes y sus parejas, y particularmente en cuanto a problemas sexuales; 5) se ha relacionado con el restablecimiento de conductas saludables en sobrevivientes. Los siguientes párrafos describen a detalle lo mencionado.

1) Estudios cualitativos y cuantitativos de grupos de MJ con CaMa han reportado que el apoyo social proporcionado por sus parejas es una necesidad no satisfecha (Geue et al., 2015; Thewes, Butow, Girgis, & Pendlebury, 2014). Específicamente Champion et al., (2014) reportaron que al compararse con las mayores, las MJ indicaron tener mayores problemas maritales y sentir menor comprensión cuando no percibieron apoyo por parte de sus parejas. Otro estudio llevado a cabo con una población similar (675 MJ con CaMa, de las cuales 585 tenían pareja) mostró que al no contar con apoyo por parte de sus parejas tenían mayor probabilidad de desarrollar ansiedad y afectar la capacidad enfrentar la enfermedad (Bortelmann et al., 2015).

2) De hecho el apoyo proporcionado por la pareja puede llegar a reducir las barreras percibidas con respecto a conductas de prevención y contar con mayores recursos para enfrentar dificultades durante la enfermedad. Farthadifar, Taymoori, Bahrami, y Zarea (2015) estudiaron a

374 mujeres mayores de 50 años. Los resultados mostraron que aquellas mujeres que percibían mayor apoyo emocional e informativo también reportaban realizarse con mayor frecuencia la mastografía. Las mujeres que reportaron estar casadas obtuvieron mayores puntuaciones en la escala de apoyo y llevaban a cabo el estudio con mayor constancia. Estos investigadores concluyen que la pareja aumenta la autoeficacia y la percepción en las mujeres de beneficios ante tal conducta. Según otros autores, contar con apoyo social (en particular de la pareja) genera la percepción de tener mayores recursos para afrontar las dificultades (Aduna, 1999; Gambara, 1997).

3) Por otro lado, se tiene evidencia sobre cómo el diagnóstico y el tratamiento impacta sobre el apoyo social y salud en general de la paciente, al respecto Thompson, Rodebaugh, Pérez, Schootman, y Jeffe (2013) en un estudio longitudinal en 541 pacientes con CaMa avanzado, comparadas con 542 mujeres sin cáncer de la misma edad (grupo control), encontraron que la trayectoria de la enfermedad en las pacientes comienza con mayor apoyo, que va disminuyendo conforme se someten a los tratamientos, en comparación con sus controles (quienes reportaron menor apoyo que se mantuvo a lo largo del tiempo desde la realización del estudio). Aquellas pacientes que reportaron ser afroamericanas y recibieron mastectomía, mostraron menor declinación del apoyo a lo largo del tiempo; no así para pacientes que refirieron estar casadas o tener menos síntomas físicos. Asimismo, menor apoyo social y su disminución a lo largo de los tratamientos, se relacionó con mayor depresión y ansiedad en las pacientes.

Otro ejemplo, se encuentra en un estudio cualitativo llevado a cabo en 10 mujeres, el cual concluyó que después de comenzar la hormonoterapia, el apoyo de las parejas disminuye, posiblemente porque la cirugía y la quimioterapia son consideradas como tratamientos altamente invasivos, al contrario de la hormonoterapia (donde sus efectos son poco observables). Al parecer la falta de comprensión respecto de las consecuencias producidas por la hormonoterapia, la dificultad de las pacientes en explicar sus síntomas y evaluar el impacto del tratamiento explican la falta de apoyo (Yamamoto, Tazumi, & Arao, 2015). Incluso otro estudio relacionó el apoyo con la sobrevivencia (Chou, Stewart, Wild, & Bloom, 2012) en 584 pacientes (475 casadas) menores de 50 años (denominadas jóvenes) a lo largo de 9 años. Los resultados indican que el 18% de la muestra reportó haber recibido apoyo después de concluido su tratamiento de cáncer. Se encontró una relación positiva significativa entre el tamaño de la red y los años de

supervivencia, así como del apoyo emocional y la supervivencia. El diagnóstico en etapas clínicas tempranas, buen estado de salud al momento del diagnóstico (sin comorbilidades) y recibir mastectomía se asociaron con mayor supervivencia.

4) Además la falta de apoyo se encuentra asociada con repercusiones físicas y psicológicas de ambos miembros de la diada, Stulez, Boinon, Duachy, Delalogue, y Brédart (2014) observaron a 48 diadas con cáncer no metastásico reclutadas después de la cirugía; hallaron correlación positiva entre las percepciones de las pacientes respecto a la conducta concreta e indiferente de la pareja y los síntomas depresivos de ella, y viceversa para la pareja. Cuando se encontraron desacuerdos en cuanto al apoyo emocional proporcionado, ambos reportaron mayor ansiedad. También reportaron interdependencia entre los miembros de la diada respecto a la percepción de apoyo, es decir, en el caso en que las pacientes percibieron apoyo positivo de parte de su pareja, ésta reportó ofrecerlo.

Otro estudio que ofrece evidencia de la relación entre el apoyo y la salud está en Hinnen, Ranchor, Baas, Sanderman, y Hagedoorn (2009) quienes exploraron los tipos de apoyo y su relación con la ansiedad en 92 diadas, evaluadas tres meses después del diagnóstico y a nueve meses después. En general encontraron que las parejas con menor escolaridad y mayor edad reportaban utilizar apoyo protector (o evitativo, donde la pareja no habla sobre la enfermedad con la paciente). Las pacientes que reportaron poco control de eventos estresantes y percepción de apoyo protector por parte de sus parejas, mostraron mayor ansiedad a lo largo de todo el estudio. Los autores concluyeron que las interacciones de apoyo negativo (protector) pueden ser más perjudiciales, que la ausencia de apoyo positivo.

Continuando con las consecuencias psicológicas a partir de conductas de apoyo, Manne, Ostroff, Winkel, Grana, y Fox (2005) evaluaron el comportamiento de no apoyo en las parejas mediante un estudio longitudinal con 219 diadas. Dentro de los resultados encontraron correlación positiva del comportamiento insolidario, el cual se refiere al descuido en las atenciones de la paciente por parte de su pareja, (en los tres tiempos de evaluación) con el afrontamiento evitativo de ambos miembros. El apoyo insolidario reportado por la diada correlacionó positivamente con los niveles de ansiedad de la paciente en los tres momentos, no así para las parejas. Otros datos obtenidos mostraron que a menor edad de las pacientes, mayor discapacidad física y ansiedad.

En otro estudio similar, concluyó que no percibir apoyo conlleva a evitar pensar o hablar de la enfermedad, lo que se asoció con impacto negativo de la enfermedad y bienestar global disminuido, en ambos miembros de la diada (Manne et al., 2014).

Así mismo, Hasson-Ohayon, Goldzweig, Braun, & Galinsky (2010) examinaron el efecto del apoyo percibido con respecto a la ansiedad de mujeres con CaMa en etapas avanzadas, en una muestra de 150 diadas. En este estudio las parejas reportaron mayores problemas psicológicos (ansiedad y depresión) en comparación con las pacientes, así como recibir menos apoyo de amigos y familiares. En las pacientes, el tamaño de la red social se relacionó negativamente con síntomas depresivos. El apoyo familiar reportado por las parejas correlacionó negativamente con síntomas de ansiedad en la paciente.

Recientemente otro estudio de 158 diadas, en un registro de 30 días mostró que cuando las parejas reportaron sentirse más satisfechos con la relación, las pacientes reportaron niveles relativamente bajos de estado de ánimo negativos, dolor y fatiga. Los autores encontraron una asociación positiva entre niveles altos de satisfacción con la relación (parejas) y emociones positivas (pacientes); poco apoyo percibido por las pacientes se asoció con emociones negativas. Las mujeres reportaron haber recibido mayor apoyo cuando sintieron mayor dolor o fatiga (Boeding et al., 2014).

Por otro lado, el apoyo no sólo se asocia con estados emocionales positivos y bienestar físico de la diada, también se ha relacionado con las consecuencias respecto a la sexualidad en las mujeres con CaMa durante los tratamientos; Kinsinger, Laurenceau, Carver, y Antoni (2011) examinaron en el transcurso de 12 meses después de la cirugía en 130 mujeres. Los autores encontraron que las mujeres más jóvenes presentaban mayores dificultades sexuales a lo largo de todo el estudio. En general se encontró una relación negativa (en la primera y segunda evaluación) entre el apoyo percibido y dificultades sexuales; particularmente el apoyo de información fue reportado solo en la primera evaluación, desapareciendo a lo largo del tiempo. El apoyo emocional, informativo y material al inicio del estudio tuvo una relación positiva con ajuste diádico, mientras que el apoyo negativo se asoció negativamente. El apoyo emocional y material predijeron mayor función y satisfacción sexual en la tercera evaluación del estudio. Los autores concluyen que las percepciones de las pacientes de apoyo percibido por su pareja tienen

influencia en el ajuste sexual y en la satisfacción de su relación, esto durante la cirugía y quimioterapia.

Un estudio cualitativo reportó que 16 mujeres mayores de 50 años mencionaron tener problemas de intimidad después de la cirugía y sentirse angustiadas por los tratamientos y su edad. No recibir apoyo de sus parejas fue un obstáculo inesperado (específicamente en el funcionamiento sexual, el cual desapareció después del diagnóstico en todas las pacientes) ya que además de lidiar con el cáncer tenían que hacerlo con las actitudes negativas de la pareja. Aunque esto no fue una limitante para enfrentar el cáncer. La autora concluye que las mujeres mayores se enfrentan efectivamente a la enfermedad porque probablemente ya han lidiado con otras dificultades (otras enfermedades o enfermedades que presenta la pareja) y tienen una amplia experiencia de vida, lo que provoca que éstas reanuden su vida normal con mayor facilidad y reporten mayor bienestar (Sawin, 2012).

Al respecto, Belcher et al., (2011) encontraron que las pacientes reportaron recibir más apoyo en comparación con las parejas; asimismo cuando ambos percibieron recibir y proporcionar apoyo, ambos experimentaban niveles altos de intimidad (función y satisfacción). Los autores concluyen que recibir y proporcionar apoyo es beneficioso para ambos integrantes, los efectos que alcanzan a producirse mutuamente pueden ser motivadores para mantener la relación, recuperarse y afrontar la enfermedad.

5) Por otra parte, se ha reportado que el apoyo contribuye a la reincorporación de actividades y calidad de vida de pacientes supervivientes de CaMa. Cheng et al., (2013) exploraron a 100 sobrevivientes de CaMa en un estudio con métodos mixtos. Las pacientes reportaron buena calidad de vida y recibir apoyo principalmente de la pareja, padres, hermanos e hijos. Además encontraron una relación positiva entre estas variables —a mayor apoyo percibido mayor calidad de vida, específicamente mejor salud física, psicológica y social—. Cualitativamente, las pacientes denominaron a la pareja y los hijos como la principal fuente de apoyo durante y después de los tratamientos; así mismo señalaron el apoyo emocional e informativo como los más importantes para restablecer su vida.

El estudio cualitativo en MJ con CaMa de Mackenzie (2015) también muestra como el apoyo por parte de la pareja puede influir para hacer ejercicio. Específicamente, el apoyo emocional y

material de la pareja fue considerado como el principal motivador e influencia para comenzar y continuar con la actividad; aunque se mencionaron otras variables como determinantes para hacer ejercicio, como las creencias sobre la maternidad, circunstancias económicas y salud física.

En resumen, el nivel de ajuste en la relación se asocia con el tipo de tratamiento, tiempo transcurrido de éstos y calidad de vida de ambos miembros en la diada. Además, se ha relacionado negativamente con problemas psicológicos (depresión, ansiedad, estrés, estilos de afrontamiento, bienestar, angustia y percepción de soledad); con problemas sexuales, físicos e imagen corporal.

En particular en el CaMa, el apoyo de la pareja está relacionado con calidad de vida, dando a conocer su importancia en estas mujeres. En las jóvenes se reporta que el apoyo social proporcionado por sus parejas es una necesidad no satisfecha, sintiéndose menos comprendidas y con más sintomatología ansiosa a lo largo de los tratamientos, con dificultades en su relación marital. Mientras que las mayores al percibir apoyo negativo (por parte de sus parejas) presentan mayores problemas relacionados con la intimidad.

Por otro lado, sin considerar la edad de las pacientes los estudios (Geue et al., 2015; Thewes et al., 2014; Thompson et al., 2013; Yamamoto et al., 2015) han mostrado que el apoyo (emocional, informativo y material) proporcionado por la pareja es el más significativo y que influye en los diferentes ciclos de la enfermedad y su tratamiento. Por ejemplo, éste aumenta conductas de prevención; se asocia con menos alteraciones emocionales al diagnóstico; genera mayor percepción de recursos de afrontamiento y menos problemas sexuales, salud en general y mental (Kinsinger et al., 2011; Sawin, 2012; Stulez et al., 2014) aunque se reporta que el apoyo percibido disminuye al finalizar su tratamiento, a largo plazo influye en la calidad de vida en general, actividad física y sobrevivencia. Por el contrario, el apoyo negativo mostró ser más perjudicial que la misma ausencia de apoyo, debido a que provoca afrontamiento evitativo en ambos miembros, altos niveles de ansiedad y disminución del bienestar de la diada (Boeding et al., 2014; Hinnen et al., 2009; Hasson-Ohayon et al., 2010; Manne et al., 2005; 2014).

A pesar de la vasta literatura al respecto, son pocos los estudios que evalúan el efecto de la edad de las pacientes, es decir las muestras contemplan a MJ y mayores por igual; aun se desconoce si

existen diferencias en cuanto al apoyo percibido, como las consecuencias desde el inicio de la enfermedad y la continuación de los tratamientos. Por otro lado, poca investigación contempla el estudio de ambos miembros, lo que genera una visión incompleta de la diada, debido a la interdependencia descrita.

Finalmente, cabe mencionar que todos los trabajos antes mencionados dejan claro que variables respecto a la relación de pareja (ajuste diádico y apoyo social) y calidad de vida, tanto de mujeres como de sus parejas, son variables que se encuentran relacionadas e influenciadas ante la presencia de la enfermedad. En el caso de mujeres menores a 40 años con CaMa, las características con las que se presenta el padecimiento y sus características biopsicosociales, son aspectos que juegan un papel importante en la relación de pareja.

Sin embargo, este conocimiento se encuentra limitado en cuanto a variables socioculturales que representen a la población mexicana, ya que la mayoría de las investigaciones encontradas hasta el momento incluyen sólo población caucásica, altos niveles de escolaridad, y con altos recursos económicos.

## CAPÍTULO 4. MÉTODO

### 4.1 Planteamiento y justificación del problema.

En el mundo y, en especial en los países subdesarrollados, se ha notado un incremento notable: 1) de diagnósticos de CaMa, siendo la principal causa de muerte en mujeres (GLOBOCAN, 2012); y 2) en la población menor de 40 años de edad, particularmente definida como joven por sus características biológicas particulares (Gnerlich et al., 2009; Love et al., 2002; Villareal-Garza et al., 2013,2014), que tan sólo el en INCan el 15% de los diagnósticos corresponden a este grupo. Investigaciones recientes llevadas a cabo en esta población han descrito que el comportamiento del cáncer suele ser más agresivo, con pronóstico relativamente más desfavorable (en comparación con mujeres mayores con CaMa), un considerable número de años-vida perdidos a causa de la enfermedad, aspectos que por su misma naturaleza, son importantes de comprender y atender (Bauer et al. 2007; Gnerlich et al., 2009; Kwong et al., 2008; Rodríguez-Cuevas et al., 2009; Sidoni et al., 2003; Yankaskas, 2006). Esto ha provocado que requieran tratamientos específicos más agresivos (Fobair et al., 2006; Partridge & Ruddy, 2007) que generan consecuencias específicas físicas, sexuales, psicológicas y sociales en la población joven.

En cuanto a las consecuencias sociales, la relación de pareja ha mostrado ser una de las principales fuentes de apoyo que contribuye al bienestar de la paciente con CaMa, por encima de la familia y amigos (Manne, 2003; Pistrang & Barker, 1995), además influye en el afrontamiento y percepción de la enfermedad (Aduna, 1998; Gambará, 1997). Al respecto, se han estudiado variables como el ajuste diádico, el cual se ha asociado positivamente con la calidad de vida de ambos miembros y negativamente con las consecuencias respecto al tipo de tratamiento recibido por las pacientes, problemas psicológicos, sexuales, imagen corporal y problemas físicos (Cuenca, 2013; Kausar & Saghir, 2010; Rottman et al., 2015; Weihs et al., 2008). Así como el apoyo social, relacionado positivamente con calidad de vida de enfermos crónicos y, específicamente, de pacientes oncológicos (Castro et al., 1997; Durá & Garcés, 1991; Rodríguez-Marín et al., 1993). Estudios en pacientes de todas las edades han mostrado que el apoyo (emocional, informativo y material) de la pareja es el más significativo (Manne, 2003; Pistrang & Barker, 1995), y que contar con éste influye en los diferentes ciclos de la enfermedad y su tratamiento (Hinnen et al., 2009; Manne et al., 2014; Thompson et al., 2013; Stulez et al.,



2014). También se demostró que cuando la paciente se percibe apoyada por su pareja (esposo, cónyuge), éste también percibe el mismo grado de apoyo —interdependencia— (Kinsinger et al., 2011).

Además, hoy se sabe que la etapa de desarrollo y el momento de la relación en la que se encuentra la relación de pareja en MJ y mujeres mayores de 50 años son diferentes, lo que genera consecuencias diferentes en cada grupo; por ejemplo, en MJ la fatiga, los síntomas menopáusicos, la función cognitiva, síntomas depresivos y miedos a la recurrencia son mayores en comparación con mujeres en edad más avanzada; y en éstas últimas, aspectos como el funcionamiento físico, problemas de sueño, mayores comorbilidades, percepción del dolor, apoyo social y mejor sentido de vida son mayormente identificados en ellas en comparación con pacientes jóvenes (Cardoso et al., 2012; Champion et al., 2014; Rodríguez-Marín, Pastor, y López, 1993).

A pesar de que se conoce que el diagnóstico y los tratamientos de CaMa impactan en el ajuste y el apoyo percibido por la diada, y que éstos a su vez en la calidad de vida de ambos (Hagedoorn et al., 2000; Moreira et al., 2010), falta saber si existe una correspondencia entre las variables que se refieren a la relación de pareja y estas en la salud en pacientes jóvenes y mayores con CaMa.

Además, la mayoría de hallazgos que se conocen acerca del efecto del diagnóstico y el transcurso de la enfermedad en la relación de pareja se han centrado en explorar sólo percepciones de la paciente, dejando de lado las ideas o emociones que pueden generarse en el otro miembro de la pareja al momento del diagnóstico, durante y después de los tratamientos. Lo que no permite captar una imagen completa, no se sabe por ejemplo cómo las principales variables estudiadas son percibidas por la pareja y cómo éstas se asocian con las percepciones de las pacientes, considerando su estudio desde una visión diádica. Aunado, a la poca información con la que se cuenta actualmente, respecto a las consecuencias que pudieran presentarse en variables de relación de pareja y salud, al momento del diagnóstico y tratamiento de la enfermedad tanto en MJ como mujeres de mayor edad.

Particularmente, los conocimientos que se tienen al respecto del fenómeno de interés, no representan a la población mexicana (mujeres con CaMa) y específicamente, los resultados no pueden aplicarse a las diadas jóvenes y MJ con CaMa. Esta misma problemática aplica para los instrumentos de evaluación de las variables de interés, ya que no han sido adecuados a mujeres con CaMa y sus parejas. Más detalladamente, en estudios previos la aplicación de los instrumentos se ha realizado vía telefónica o email, lo cual pone en duda la independencia de las respuestas de ambos miembros de la diada.

Por lo anterior, la presente investigación espera que la información obtenida contribuya a identificar factores que comprendan de manera más completa al grupo de MJ y mujeres mayores con CaMa mexicanas y su contexto social, en particular el impacto en la dinámica de su relación de pareja y calidad de vida, al momento del diagnóstico y transcurso de los tratamientos. Todo ello, para potencialmente proporcionar información de la relación de pareja que compromete la calidad de vida de ambos miembros de la diada, y fomente el diseño de intervenciones basadas en la evidencia, dirigidas al afrontamiento adecuado de la enfermedad y sus tratamientos, al bienestar, salud física y psicológica de ambos; lo que finalmente fortalezca la relación de pareja.

## **4.2 Preguntas de investigación**

- ¿Cuál es la relación existente entre ajuste diádico, apoyo social y calidad de vida en mujeres con cáncer de mama y sus parejas?
- ¿Existen diferencias en ajuste diádico, apoyo social y la calidad de vida en cuanto a la trayectoria de la enfermedad y la edad de las pacientes con cáncer de mama?

## **4.1 Objetivos generales**

- Determinar la relación entre ajuste diádico, apoyo social y calidad de vida en mujeres con cáncer de mama y sus parejas.
- Determinar si el diagnóstico y tratamiento de cáncer de mama cambia el ajuste diádico, apoyo social y la calidad de vida en mujeres jóvenes con cáncer de mama en comparación con las mujeres mayores.

### **4.2.1 Objetivos específicos**

- Conocer la relación existente entre la percepción de ajuste diádico, apoyo social y calidad de vida de:
  - Las mujeres con cáncer de mama.
  - La pareja y la calidad de vida de la paciente.
- Identificar las diferencias en ajuste diádico, apoyo social y calidad de vida, de acuerdo con la trayectoria de la enfermedad:
  - Intra-grupo en las mujeres jóvenes y mayores.
  - Entre los grupos de mujeres jóvenes y mayores.

## **4.4 Hipótesis**

- Habrá una relación positiva entre la percepción de ajuste diádico, apoyo social y calidad de vida de:
  - Las mujeres con cáncer de mama.
  - La pareja y la calidad de vida de la paciente.
- Existirán diferencias en cuanto al ajuste diádico, apoyo social y calidad de vida, de acuerdo con la trayectoria de la enfermedad:
  - Intra-grupo en las mujeres jóvenes y mayores.
  - Entre los grupos de mujeres jóvenes y mayores.

#### 4.5 Definición conceptual y operacional de las variables

- **Ajuste Diádico:** Proceso siempre cambiante de adaptación a una relación sentimental (Spainer, 1976). Se considera a través del puntaje obtenido por la Escala de Ajuste Diádico (Moral, 2009).
- **Apoyo Social:** Ayuda accesible a una persona a través de los lazos o redes sociales conformados por personas. Existen tres tipos emocional, instrumental y de comunicación (Cienfuegos, 2004). Puntaje obtenido mediante la Red Social y Apoyo Percibido de la Pareja y Otros Significativos (Cienfuegos & Díaz-Loving, 2011).
- **Calidad de vida:** Grado de bienestar o malestar personal, el cual se mide mediante indicadores biológicos, psicológicos, materiales, conductuales y sociales; los cuales son expresados por los individuos (Dennis et al., 1993; Ventegodt et al., 2003 a,b; Cardona & Agudelo, 2005). Considerada a través de European Organisation for Research and Treatment of Cancer quality of life questionnaire (EORTC QLQ-30) Sub-escala QLQ-BR23 (subescala para síntomas de CaMa) para las pacientes (Cerezo et al., 2012) y el Cuestionario de salud SF36, para las parejas (Zuñiga, Carrillo, Fos, Gandek, & Medina, 1999).

#### 4.6 Participantes

Dado el interés de esta investigación, la muestra se dividió en dos fases. La fase de evaluación del instrumento y la ejecución propia del estudio.

**Fase I.** *Evaluación en lenguaje de la Escala de Ajuste Diádico:* Para la realización de la pertinencia en lenguaje de la Escala de Ajuste Diádico se llevó a cabo un muestreo por conveniencia (Cull et al., 2002). Se tomaron a 5 pacientes con CaMa, con edad de entre 20 a 60 años; y 5 hombres parejas de mujeres con CaMa con edad de entre 30 a 60 años. La información completa se encuentra en el Apéndice 3

**Fase II.** *Ejecución del estudio:* Se realizó un muestreo por conveniencia de 160 personas, divididas en los 8 siguientes grupos (Véase Tabla 2) :

**Tabla 2. Distribución de muestra**

	<b>Recién Diagnóstico</b>	<b>6 meses después del diagnóstico</b>
Mujeres de 18 a 40 años (jóvenes)	20	20
Parejas de MJ	20	20
Mujeres mayores de 50 años	20	20
Parejas de mujeres mayores	20	20
Total	80	80

Los criterios de inclusión, exclusión y eliminación que se consideraron tanto para las pacientes que correspondieron a MJ y mayores con CaMa, como para sus respectivas parejas, se muestran en la Tabla 3

**Tabla 3. Criterios establecidos para los participantes**

<b>Criterios</b>	<b>Mujeres jóvenes</b>	<b>Mujeres mayores</b>	<b>Parejas de mujeres jóvenes y mayores</b>
<b>Inclusión</b>	- 18 a 40 años	-Mayores de 50 años	-Que quisiera participar en el estudio
	-Recién diagnosticada de CaMa y que tuviera 6 meses del diagnóstico		
<b>Exclusión</b>	-Que su pareja no quisiera participar en el estudio		-Que no viviera con la paciente
	-Pacientes sobrevivientes		
<b>Eliminación</b>	-Que la paciente o su pareja no haya completado los instrumentos. -Que la paciente o pareja decidiera no seguir participando.		

## 4.7 Tipo de estudio

Diseño transversal-correlacional<sup>6,7</sup>

## 4.8 Instrumentos

A continuación se describen los instrumentos aplicados a la muestra (Véase Apéndice 4).

- **Escala de Ajuste Diádico (Dyadic Adjustment Scale, DAS):** Desarrollado por Spanier (1976) y validado en población mexicana por Moral (2009). Es un instrumento que mide el grado de ajuste entre la pareja, la versión mexicana consta de cuatro factores (consenso, satisfacción, cohesión y expresión de emociones) con 30 reactivos. Tiene una consistencia interna de .93 y varianza explicada del 62% y fue validado en población del noroeste de México (con características similares a la población estadounidense). La puntuación se obtiene por la suma de elementos, variando de 0 a 151. Para obtener las puntuaciones de las cuatro dimensiones, se consideran los ítems que se encuentran en cada dimensión y se suman esas puntuaciones. La interpretación se hace comparando las puntuaciones de cada dimensión en el ajuste total (puntuaciones máximas: consenso 65, satisfacción 50, afecto 12, cohesión 24, ajuste total 151). Entre más se acerquen las puntuaciones del sujeto a las puntuaciones máximas, mayor grado de esa dimensión. Para este estudio los puntajes brutos fueron transformados en una escala de 0 a 100, donde 0 indicaba menor ajuste diádico y 100 mayor ajuste diádico (Anastasi y Urbina, 1998).
- **Red Social y Apoyo Percibido de la Pareja y Otros Significativos:** Fue desarrollada por Cienfuegos y Díaz-Loving (2011) en México. Es un instrumento que mide la percepción de las conductas de apoyo tanto materiales como emocionales; consta de un solo factor que habla de apoyo en general que se recibe de la pareja. Esta escala está compuesta de 24 reactivos, con un coeficiente de confiabilidad de .96 y una varianza explicada del 54.4 %, incluye dos indicadores sobre las labores del hogar y el cuidado de los hijos. La puntuación total se obtiene por la suma de elementos, variando de 0 a 110.

---

<sup>6</sup> Se indagó la presencia de la exposición y ocurrencia del evento (diagnóstico y tratamiento) una vez conformadas las muestras y se hizo una medición en el tiempo en cada sujeto de estudio (Hernández-Ávila, Garrido, & López, 2000).

<sup>7</sup> Debido a que se evaluó la asociación entre dos o más variables, sin determinar su causalidad (Sackett, Haynes, & Tugwell, 1994)

La interpretación se hace comparando la puntuación obtenida con el puntaje total posible de la escala, entre más se acerquen las puntuación máximas, mayor apoyo social percibido. Los puntajes brutos fueron transformados también para este estudio, en una escala de 0 a 100, donde 0 indicaba menor apoyo social y 100 mayor apoyo (Anastasi y Urbina, 1998).

- **EORTC QLQ-C30:** Desarrollado por Aaronson et al., (1993) y validado en México por Cerezo et al., (2012) es un instrumento específico para evaluar calidad de vida en cáncer que contiene 30 reactivos con cinco escalas de funcionalidad: Físico, Rol, Emocional, Social y Cognitivo, dos reactivos evalúan calidad de vida global, y tres escalas de síntomas: fatiga, dolor y vómito. Para obtener la calificación se suma el puntaje bruto de cada ítem individual y en las escala multi-ítem dividido entre el número de ítems que integran la escala. Los puntajes de las escalas son transformados linealmente para obtener un puntaje de 0 a 100. Una puntuación alta para una escala funcional representa alta funcionalidad (mayor nivel de salud), una puntuación más alta en el estado de salud global/calidad de vida, implica una mejor calidad de vida. Una calificación más alta en las escalas de síntomas representa mayor sintomatología y/o la presencia de más problemas de salud. La escala tiene un Alfa de Cronbach entre escalas de .52 a .94.
- **Sub-escala QLQ-BR23 (CaMa):** Consta de 23 ítems que miden, además del estado de salud, el impacto físico y emocional de los pacientes respecto al CaMa. Esta escala se compone y estructura de la misma manera que el QLQ30, en varias escalas multi-item, las cuales se agrupan en dos áreas generales: funcionamiento (imagen corporal, funcionamiento sexual, disfrute sexual y preocupación por el futuro) y síntomas (efectos de tratamiento, síntomas de la mama, síntomas en el brazo y preocupación por la caída de cabello). La estandarización de las puntuaciones es igual que en el cuestionario QLQ-30, donde se obtiene un valor de entre 0 a 100; en las escalas funcionales los valores más altos refieren mejor función (exceptuando el funcionamiento sexual y disfrute, los cuales son a la inversa) y en las escalas de síntomas un valor más alto indica mayores síntomas. El instrumento cuenta con una confiabilidad de entre .65 a .89. Cabe mencionar que este instrumento sólo se aplicó a las mujeres debido a que está diseñado a medir calidad de vida en pacientes oncológico.

- **SF36:** Cuestionario de Salud SF-36 diseñado por el Health Institute, New England Medical Center, de Boston Massachusetts y adaptado a población mexicana por Zuñiga, Carrillo, Fos, Gandek & Medina (1999). Está compuesto por 36 preguntas (ítems) que valoran síntomas relacionados con los estados positivos y negativos de salud y función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental. Adicionalmente, el SF-36 incluye un ítem de transición que pregunta sobre el cambio en el estado de salud general respecto al año anterior. Éste presenta un Alfa de Cronbach con rango entre .56 a .84; validez convergente de las preguntas con correlación de 0.40. La puntuación de las escalas del SF-36 se interpreta como a mayor puntuación, mejor estado de salud. Para cada dimensión, los ítems son codificados, agregados y transformados en una escala de 0 (el peor estado de salud para esa dimensión) hasta 100 (el mejor estado de salud), dicho instrumento se aplicó a las parejas con el objetivo de tener comparaciones más precisas.
- **Entrevista:** Se diseñó una ficha de identificación la cual contiene los datos sociodemográficos más importantes para este estudio. En la cual se preguntó: nombre, edad, diagnóstico, grado de estudios, lugar de residencia, ocupación, años de vivir juntos y número de hijos.

#### 4.9 Lugar

Consultorio asignado para el servicio de psico-oncología en la unidad funcional<sup>8</sup> del servicio de tumores mamarios del Instituto Nacional de Cancerología (INCan) ubicado en la ciudad de México.

#### 4.10 Procedimiento

Antes de llevar a cabo el presente estudio, fue sometido y aprobado por el comité de ética y de investigación del INCan en la Ciudad de México. Dicha investigación fue aprobada el día 9 de febrero de 2017.

---

<sup>8</sup>Es una unidad multidisciplinaria, en donde se concentran en un mismo espacio físico todos los profesionales implicados en el diagnóstico y tratamiento de las pacientes que padecen algún tipo de cáncer, en este caso el cáncer de mama.



**Fase I. Evaluación en lenguaje de la Escala de Ajuste Diádico.**

Dado que una de las mayores limitaciones que expone el autor al validar dicha escala en población mexicana fue el origen de la muestra, se realizó un piloteo de la escala de ajuste diádico para evaluar si los términos utilizados eran claros y aceptables para la muestra meta de este estudio. Para conocer todo el proceso de ésta fase véase Apéndice 3.

**Fase II. Ejecución del estudio.**

Para la segunda fase la invitación de los participantes y obtención de los datos se realizó de la siguiente manera:

- 1) Se buscó en INCANet<sup>9</sup> a las pacientes que eran citadas para recibir diagnóstico y aquellas que llevaban 6 meses de tratamiento.
- 2) Una vez que fueron identificadas las pacientes y las parejas que cumplieron con los criterios establecidos al momento del diagnóstico y a los 6 meses de su tratamiento, se invitó y explicó brevemente la investigación. Se acordó una cita (por separado) con aquellas pacientes y parejas que aceptaron (el día que le era asignada su siguiente cita médica). Cuando la pareja no asistía el día que era identificada la paciente, se pedía el número telefónico para contactar a la pareja, invitarlo y explicarle brevemente el estudio. Con aquellas parejas que aceptaron, se estableció una cita independiente a la de la paciente.
- 3) Una vez que la paciente y/o su pareja llegaron a la cita acordada, se le(s) explicaba a detalle en qué consistía el estudio, se le(s) entregaba y pedía que firmara(n) el consentimiento informado de participación voluntaria (véase Apéndice 5).
- 4) Después de que la paciente y/o su pareja firmaban el consentimiento informado, se les realizaba una entrevista (por separado) para obtener los datos sociodemográficos y se aplicaba cada uno de los instrumentos antes mencionados por separado a la paciente y a su pareja.
- 5) Se revisaron las características clínicas de todas las pacientes en el expediente electrónico.
- 6) Se recopilaron y analizaron los datos.

---

<sup>9</sup> Base de datos del Instituto que contiene datos sociodemográficos, clínicos, expedientes, estudios y citas.

#### 4.11 Análisis de los resultados

**Fase I.** *Evaluación en lenguaje de la Escala de Ajuste Diádico.*

Para un mayor detalle véase Apéndice 3.

**Fase II.** *Ejecución del estudio.*

- 1) En primer lugar, se describieron todas las variables sociodemográficas y los resultados de las pruebas obtenidas en cada grupo.
- 2) Una vez obtenidos los puntajes se hicieron análisis de normalidad y homocedasticidad a las muestras con el objetivo de saber si éstas se comportaban de manera normal.
- 3) Para obtener las asociaciones entre las variables y los grupos, se realizaron correlaciones de Spearman<sup>10</sup>.
- 4) Para obtener las diferencias entre el momento del diagnóstico y a los 6 meses se utilizó la prueba U de Mann-Whitney para muestras independientes, entre los diferentes grupos.

Para una mejor comprensión de los análisis, la siguiente tabla (4) muestra lo que se realizó a partir del grupo, objetivo, variable y nivel de medición.

**Tabla 4.** *Análisis de resultados según los objetivos de investigación*

Grupo	Objetivo	Variables	Nivel de medición	Análisis estadístico
MJ y mayores con CaMa y sus respectivas parejas al momento del diagnóstico y seis meses después.	Descripción			-Frecuencias y porcentajes -Medias
MJ y mujeres mayores y sus parejas con CaMa	Correlación	-Sociodemográficos -Ajuste diádico -Apoyo social -Calidad de vida	-Nominal -Ordinal	Correlación de Spearman
MJ con CaMa y mujeres mayores con CaMa (recién diagnóstico y las entrevistadas a los 6 meses)	Comparación			U de Mann Whitney para muestras independientes

<sup>10</sup>Se realizará análisis de correlación de Spearman, ya que las variables a medir se encuentran en un nivel de medición ordinal (Hernandez, Fernández & Baptista, 2014).

## RESULTADOS

### **FASE I.- Evaluación en lenguaje de la Escala de Ajuste Diádico**

Para un mayor detalle véase Apéndice 3.

### **FASE II.- Ejecución del estudio**

#### **1. Descripción de las muestras en términos sociodemográficos, ajuste diádico, apoyo social y calidad de vida.**

Se entrevistaron un total de 206 personas (considerando pacientes y parejas), de los cuales 46 fueron excluidos debido a que no cumplieron con los criterios establecidos. Se obtuvo una muestra total de 160 participantes divididos en 20 diadas jóvenes y 20 mayores, evaluadas al momento de recibir el diagnóstico; y 20 diadas jóvenes y 20 mayores a 6 los meses de haber recibido el diagnóstico (para mayor información véase Apéndice 6)

Todas las MJ fueron menores de 40 años (mín.24-máx.40) en los dos momentos de evaluación y las pacientes mayores rebasaban los 50 años (mín.50-máx.69), igualmente en ambos momentos de evaluación. Las MJ y mayores fueron significativamente diferentes en edad ( $p=.001$ ). Las parejas, en los cuatro grupos, se comportaron de manera similar en cuanto a la edad mínima y máxima, así como en las diferencias significativas entre parejas jóvenes y mayores, en ambos momentos ( $p=.001$ ).

En escolaridad, la muestra no mostró diferencias significativas entre grupos. Tanto la mayoría de las pacientes jóvenes como las mayores reportaron contar con nivel preparatoria (entre el 30% y 45%). Mientras que el 35% de las parejas jóvenes evaluadas al momento del diagnóstico contaba con preparatoria, el 35% del grupo a los seis meses del diagnóstico contaban con secundaria. El 40% de las parejas mayores al inicio del diagnóstico reportó contar con estudios de licenciatura, y el 35% a los seis meses reportó haber concluido estudios de preparatoria. En la ocupación la mayoría de las pacientes, independientemente de la edad y el momento de evaluación, reportaron dedicarse a las labores del hogar (de 70% al 90%); siendo el grupo de MJ quienes reportaron dedicarse a actividades fuera de casa. La mayoría de las parejas tanto jóvenes como mayores reportó ser empleado o tener un autoempleo (para mayor detalle véase Tabla 5).

**Tabla 5. Frecuencias de variable sociodemográficas de cada grupo.**

N=160 (n=20)	Mujeres Jóvenes		Mujeres Mayores		Parejas Mujeres Jóvenes		Parejas Mujeres Mayores						
	Dx	Dx6	Dx	Dx6	Dx	Dx6	Dx	Dx6					
	Media (D. E.)		Media (D. E.)		Media (D. E.)		Media (D. E.)						
<b>Edad</b>	36.2 (±4.1)	34.6 (±4.3)	.506	57.5 (±5.8)	56.2 (±5.3)	.674	39.6 (±4.0)	37.3 (±5.0)	.277	58.9 (±6.7)	57.4 (±6.2)	.783	
	Frecuencia (%)			Frecuencia (%)			Frecuencia (%)			Frecuencia (%)			
<b>Escolaridad</b>	Analfabeta	1 (5%)	1 (5%)				1 (5%)	1 (5%)					
	Primaria	1 (5%)	2 (10%)		5 (25%)	5 (25%)	2 (10%)	1 (5%)		6 (30%)	5 (25%)		
	Secundaria	4 (20%)	4 (20%)		4 (20%)	3 (15%)	4 (20%)	7 (35%)		3 (15%)	2 (10%)		
	Preparatoria	7 (35%)	9 (45%)	.437	6 (30%)	9 (45%)	.921	7 (35%)	.695	3 (15%)	7 (35%)	.989	
	Licenciatura	6 (30%)	3 (15%)		5 (25%)	2 (10%)	5 (25%)	4 (20%)		8 (40%)	6 (30%)		
	Posgrado	1 (5%)	1 (5%)			1 (5%)	1 (5%)						
<b>Ocupación</b>	Ninguna						1 (5%)			3 (15%)	2 (10%)		
	Ama de casa	14(70%)	17(85%)		18(90%)	18(90%)							
	Empleada	1 (5%)	1 (5%)	.654			.572	5 (25%)	12 (60%)	.886	8 (40%)	6 (30%)	.128
	Autoempleo	3 (15%)	1 (5%)		1 (5%)	1 (5%)		13 (65%)	7 (35%)		5 (25%)	7 (35%)	
	Profesión	2 (10%)	1 (5%)		1 (5%)			1 (5%)	1 (5%)		1 (5%)	2 (10%)	
	Jubilado					1 (5%)					3 (15%)	3 (15%)	

Para obtener las diferencias se utilizó la prueba U de Mann Whitney.

Dx= participantes evaluados al momento del diagnóstico

Dx6= participantes evaluados a seis meses después del diagnóstico

Los años de vida juntos en ambos momentos de las diadas jóvenes y mayores entre sí, fueron similares; mientras que cuando fueron comparados entre grupos, (jóvenes vs mayores) estos fueron diferentes significativamente ( $p=.001$ ). La mayoría las diadas jóvenes reportaron tener 2 hijos (45% y 40%), las mayores reportaron tener 3 hijos o más (45% y 40%). Para mayor detalle véase Tabla 6.

**Tabla 6.** Variables sociodemográficas evaluadas en diadas de cada grupo.

		<b>Diadas Jóvenes</b>		<b>Diadas Mayores</b>			
		<b>Dx</b>	<b>Dx6</b>	<b>Dx</b>	<b>Dx6</b>		
		Media (D. E.)		Media (D. E.)	<i>p</i>		
<b>Años juntos</b>		12.9 (±5.8)	11.2 (±5.6)	.466	33.1 (±8.4)	32.3 (±6.7)	.091
		Frecuencia (%)		Frecuencia (%)			
<b>Número de hijos</b>	ningún hijo	1 (5%)		1 (5%)			
	1 hijo	5 (25%)	5 (25%)	2 (10%)			
	2 hijos	9 (45%)	8 (40%)	.722	8 (40%)	7 (35%)	.630
	3 hijos	4 (20%)	4 (20%)		9 (45%)	8 (40%)	
	4 hijos	1 (5%)	3 (15%)	2 (10%)	1 (5%)		
	5 hijos			1 (5%)	1 (5%)		

*Para obtener las diferencias se utilizó la prueba U de Mann Whitney.*

*Dx= participantes evaluados al momento del diagnóstico*

*Dx6= participantes evaluados a seis meses después del diagnóstico*

Clínicamente no se observaron diferencias significativas entre las pacientes. La mayoría de todas las pacientes independientemente de la edad y momento de evaluación, fueron diagnosticadas con tumor ductual infiltrante (de 45% a 55%). La etapa clínica en MJ se encontró entre II y III y las mayores presentaron etapas clínicas de I a III, sin ser significativas las diferencias.

Las pacientes evaluadas al momento del diagnóstico no habían recibido ningún tratamiento. A los seis meses del diagnóstico 4 MJ y 6 mayores habían recibido un solo tratamiento, el resto fueron sometidas a más de uno en diferentes combinaciones; el 95% recibió quimioterapia, independientemente de la edad (para mayor detalle, véase Tabla 7).

**Tabla 7.** Frecuencias de variables clínicas de cada grupo de pacientes.

N=80 (n=20)		Mujeres Jóvenes		Mujeres Mayores	
		Dx	Dx6	Dx	Dx6
		Frecuencia (%)	<i>p</i>	Frecuencia (%)	<i>p</i>
<b>Diagnóstico</b>	Ductual In.	17(85%)	16 (80%)	16(80%)	17 (85%)
	Lobulillar In.	1 (5%)	1 (5%)	1 (5%)	1 (5%)
	Ductual in situ	1 (5%)	2 (10%)		
	Otro	1 (5%)	1 (5%)	3 (15%)	2 (10%)
<b>Etapa Clínica</b>	I	1 (5%)	1 (5%)	6 (30%)	2 (10%)
	II	10(50%)	9 (45%)	9 (45%)	11 (55%)
	III	6 (30%)	9 (45%)	4 (20%)	6 (30%)
	IV	3 (15%)	1 (5%)	1 (5%)	1 (5%)
<b>*Tratamiento</b>	Cirugía*		17 (85%)		13 (65%)
	Quimioterapia*		19 (95%)		19 (95%)
	Radioterapia*		13 (65%)		10 (50%)
	Hormonoterapia*		6 (30%)		4 (20%)

*Para obtener las diferencias se utilizó la prueba U de Mann Whitney.*

*Dx= participantes evaluados al momento del diagnóstico; Dx6= participantes evaluados a seis meses después del diagnóstico. \*Los porcentajes sólo representan el 50% de la población de pacientes. \*Contempla el porcentaje total de pacientes evaluadas*

Continuando con el primer objetivo de la presente investigación se procedió a realizar análisis de frecuencia, para la obtención de media y desviación estándar por factores de cada variable para cada una de las muestras.

De manera global se observó que todas las muestras reportaron índices altos en todos los factores de las variables estudiadas. Datos a destacar, se puede observar que en ajuste diádico las parejas mayores al momento del diagnóstico obtuvieron medias más altas que las parejas jóvenes (véase Tabla 8). Mientras que en apoyo social, se observó el mismo resultado medias más altas

en las parejas mayores, incluso a los seis meses del diagnóstico ( $X=95.7$   $DE=5.6$ ;  $X=94.4$   $DE=7.2$ , respectivamente).

El grupo de parejas (hombres) evaluados a los seis meses reportaron menor calidad de vida, comparada con los del momento de diagnóstico ( $X=77.0$   $DE=17.3$  y  $X=66.2$   $DE=12.5$ , respectivamente) sin ser estadísticamente significativas. En las pacientes, tanto jóvenes como mayores, evaluadas a los seis meses después del diagnóstico reportaron medias más altas respecto a calidad de vida (de 76.6,  $DE=12.8$ ; 73.7,  $DE=20.4$ , respectivamente) en comparación con su propio grupo al momento del diagnóstico. Las puntuaciones más bajas se observaron en el área emocional para MJ evaluadas al momento del diagnóstico ( $X=64.2$   $DE=21.3$ ); las puntuaciones más altas fueron reportadas por las parejas jóvenes respecto al rol físico (en los dos momentos de evaluación), ya que el 100% reportó no haber dejado sus actividades a pesar de la enfermedad de sus esposas (véase Tabla 8, y Apéndice 7).

**Tabla 8.** Promedios de los puntajes obtenidos en cada grupo respecto a las variables apoyo social, ajuste diádico y calidad de vida.

N=160 (n=20)	Mujeres jóvenes		Mujeres mayores		Parejas mujeres jóvenes		Parejas mujeres mayores		
	Dx	Dx6	Dx	Dx6	Dx	Dx6	Dx	Dx6	
	Media (D. E.)								
<b>Ajuste diádico</b>	84.8(±12.8)	80.4(±10.8)	85.5(±8.4)	88.2(±9.7)	84.3(±10.5)	85.2(±5.4)	<b>90.9(±6.2)</b>	88.9(±9.3)	
<b>Apoyo social</b>	89.3(±10.3)	83.2(±13.4)	87.4(±14.9)	94.8(±7.9)	90.8(±11.3)	89.2(±9.8)	<b>95.7(±5.6)</b>	94.4(± 7.2)	
<b>Calidad de vida</b>	Global	71.2(±26.7)	76.6(±12.8)	70.8(±21.3)	73.7(±20.4)	80.2(±14.6)	77.0(±17.3)	<b>74.5(±11.7)</b>	<b>66.2(±12.5)</b>
	Físicos	91.0(±12.6)	92.6(±7.1)	85.6(±17.0)	81.3(±17.6)	96.2(±7.0)	97.7(± 5.9)	89.7(±12.4)	95.2(±7.3)
	Emocional	<b>64.2(±21.3)</b>	<b>83.3(±15.0)</b>	66.2(±27.5)	70.8(±26.8)	<b>76.4(± 15.7)</b>	<b>84.6(±12.0)</b>	76.7(± 18.4)	84.0(± 16.9)
	Cognitivo	79.2(±20.8)	85.0(±17.8)	76.6(±20.5)	74.1(±25.6)	86.6(±27.3)	93.3(±17.4)	78.3(±34.6)	86.6(±29.4)
	Social	79.2(±30.0)	84.1(±21.2)	<b>94.1(±11.1)</b>	<b>82.5(±30.8)</b>	87.5(±18.1)	89.3(±19.9)	84.3(±23.2)	90.6(±17.1)
	Rol físico	85.0(±21.5)	94.1(±11.1)	89.1(±21.1)	87.5(±20.8)	100 (±.0)	100 (±.0)	87.5(±26.2)	93.7(±22.7)

*Dx= participantes evaluados al momento del diagnóstico*

*Dx6= participantes evaluados a seis meses después del diagnóstico*



## 2. Relación entre ajuste diádico, apoyo social y calidad de vida en MJ y mayores.

Para el segundo y tercer objetivo se realizaron análisis de correlación de Spearman.

Los resultados indicaron correlaciones altas positivas y estadísticamente significativas que muestran que a medida en que las pacientes —jóvenes como mayores— perciben apoyo social por parte de sus parejas existe: mejor ajuste en su relación; específicamente mayor grado de acuerdo en tareas cotidianas, relaciones interpersonales y objetivos de vida; así como mayor grado de acuerdo en actividades realizadas en conjunto, mayor satisfacción con la relación y más expresiones de cariño percibían de su pareja (véase Tabla 9).

**Tabla 9.** Correlaciones entre apoyo y ajuste diádico de MJ y mayores.

N=80 (n=40)		Apoyo Social	
		Mujeres jóvenes	Mujeres mayores
		<i>rs(p)</i>	
Ajuste Diádico	Global	.744(.001)***	.776(.001)***
	Consenso	.737(.001)***	.684(.001)***
	Cohesión	.427(.006)**	.531(.001)***
	Satisfacción	.604(.001)***	.625(.001)***
	Cariño	.497(.001)***	.545(.001)***

\*\*\* $p \leq 0.001$ , \*\* $p < 0.01$

Prueba utilizada: Correlación de Spearman.

En MJ, se observaron relaciones estadísticamente significativas entre ajuste diádico y calidad de vida; específicamente cuando las pacientes percibían mejor ajuste dentro de su relación reportaron mejor calidad de vida global, menos fatiga, menores efectos secundarios, mejor imagen corporal y mayor placer sexual.

En las mujeres mayores, ajuste diádico correlacionó significativa y positivamente con calidad de vida global. Específicamente, cuando las pacientes reportaban mejor ajuste diádico (y sus factores), percibían mejor aspectos de su sexualidad (función y placer) y menos dolor. En MJ se encontró que entre más apoyo percibían por parte de sus parejas, menos fatiga, mejor percepción de su imagen corporal, menor función sexual, mayor placer sexual y menos efectos secundarios de los tratamientos. En mujeres mayores el apoyo social no correlacionó con calidad de vida global, y con ninguno de sus factores (véase Tabla 10).

**Tabla 10.** Correlaciones entre apoyo social, ajuste diádico y calidad de vida de pacientes.

Ajuste Diádico rs (p)												Apoyo
		Global		Consenso		Satisfacción		Cohesión		Cariño		rs (p)
N=80 (n=40)		MJ	MY	MJ	MY	MJ	MY	MJ	MY	MJ	MY	MJ
<b>Calidad de vida</b>	Global	.373 (.018)*	.356 (.024)*					.419 (.007)**		.510 (.001)***		
	Físicos							.326 (.040)*				
	Emocional									.435 (.005)**		
	Fatiga	-.376 (.017)*						.377 (.017)*		-.382 (.015)*		-.434 (.005)**
	Dolor		.378 (.016)*		.379 (.016)*		.332 (.037)*					
	Imagen corporal	.361 (.022)*		.390 (.013)*						.400 (.011)*		.327 (.040)*
	Función sexual		.467 (.002)**		.554 (.001)***				0.337 (.034)*	.360 (.022)*		-.410 (.009)**
	Placer sexual	.408 (.009)**	.470 (.002)**		.536 (.001)***	.398 (.011)*	.355 (.024)*			.374 (.017)*		0.467 (.002)**
	Efectos secundarios	-.317 (.046)*							-.364 (.021)*			-.329 (.038)*
	Síntomas mamarios		.452 (.003)**				.459 (.003)**				.404 (.010)*	

Prueba utilizada: Correlación de Spearman. Sólo se muestran los valores estadísticamente significativos.

MJ=mujeres jóvenes, MY=mujeres mayores

\*\*\* $p \leq 0.001$ , \*\* $p < 0.01$ , \* $p < 0.05$ ,

### **3. Relación entre ajuste diádico, apoyo social y calidad de vida de las parejas con respecto a la calidad de vida de pacientes.**

En cuanto a las MJ, se encontró que a mayor satisfacción de la relación y mayor fatiga reportadas por la pareja (hombres), mayor dolor percibido por la paciente ( $r=.318$ ;  $p=.046$ ,  $r=.391$ ;  $p=.013$ , respectivamente). Menor dolor físico de la pareja, se relacionó con mayor placer sexual reportado por la paciente ( $r=.341$ ;  $p=.031$ ). También se encontró que a mayor apoyo percibido por el cónyuge, mejor calidad de vida en general ( $r=.367$ ;  $p=.020$ ), menor fatiga, menores efectos secundarios, menor función sexual, pero mejor imagen corporal, placer sexual reportado por la paciente y síntomas de la mama (véase Tabla 11).

De acuerdo con las parejas mayores, a mayor percepción de ajuste diádico (incluyendo el consenso, satisfacción, cohesión y cariño), menor dolor y síntomas de la mama en las pacientes. También se observó que cuando las parejas reportaban mayor expresión de cariño y menor dolor físico, la paciente reportaba mejor calidad de vida referente al área social ( $r=.316$ ,  $p=.047$ ;  $r=.467$ ,  $p=.002$ , respectivamente). Además se mostró una correlación negativa entre la calidad de vida de la pareja y las actividades realizadas por la paciente —rol físico— ( $r=.409$ ;  $p=.009$ ) y entre mejor calidad de vida de la pareja, menor funcionalidad sexual de ésta. No se encontraron correlaciones en cuanto al apoyo social de las parejas mayores con calidad de vida de sus pacientes (véase Tabla 11).

**Tabla 11.** Relación de calidad de vida de pacientes y apoyo social, ajuste diádico y calidad de vida de parejas.

N=160		CALIDAD DE VIDA rs (p)						
		Global	Fatiga	Dolor	Imagen corporal	Función sexual	Placer sexual	Síntomas mamarios
<b>Ajuste Diádico pareja MY</b>	Global			-.396 (.011)*				-.329 (.038)*
	Consenso			-.357 (.024)*				-.345 (.029)*
	Satisfacción							-.382 (.015)*
	Cohesión			-.330 (.038)*				
	Cariño			-.335 (.014)*				
<b>Calidad de vida pareja MY</b>	Físicos							-.386 (.014)*
	Emocional							-.352 (.026)*
	Rol físico							-.394 (.012)*
	Dolor							-.402 (.010)*
<b>Apoyo Social pareja MJ</b>	0.367 (.020)*	-0.321 (.043)*		0.327 (.040)*	-0.41 (.009)**	0.411 (.008)**	0.374 (.017)*	

Prueba utilizada: Correlación de Spearman. Sólo se muestran valores estadísticamente sig.

MJ mujeres jóvenes, MY mujeres mayores

\*\* $p < 0.01$ , \* $p < 0.05$

#### 4. Diferencias entre e intra grupos en cuanto al ajuste diádico, apoyo social y calidad de vida de MJ y mujeres mayores con CaMa.

Para encontrar las diferencias entre los grupos de mujeres con CaMa se llevó a cabo análisis con U de Mann Whitney. Al momento del diagnóstico las pacientes jóvenes reportaron significativamente menor función sexual; mientras que las pacientes mayores refirieron menor placer sexual. En las demás variables no hubo diferencias estadísticamente significativas (véase Tabla13)

A los seis meses del diagnóstico, las mujeres mayores reportaban mayor ajuste diádico (incluyendo consenso, cohesión y cariño) y apoyo social en comparación con las jóvenes. En calidad de vida, las pacientes mayores reportaron mayores problemas físicos respecto a los tratamientos y menor disfrute sexual; las jóvenes presentaron mayores problemas en función sexual (véase Tabla 12). El resto de variables no mostraron diferencias estadísticamente significativas.

**Tabla 12.** Diferencias en pacientes, ambos momentos de evaluación.

N=80(n=40)		Jóvenes	Mayores	
		Rangos promedio		z(p)
<b>Dx</b>	<b>Función sexual</b>	16.38	24.63	-2.410(.016)
	<b>Placer sexual</b>	25.00	16.00	-2.555(.011)
<b>Dx6</b>	<b>Ajuste Diádico</b>	15.98	25.03	-2.448(.014)
	<b>Apoyo Social</b>	14.55	26.45	3.255(.001)
	<b>Físico</b>	25.15	15.85	-2.599(.009)
	<b>Función sexual</b>	16.35	24.65	-2.426(.015)
	<b>Placer sexual</b>	23.8	17.2	-1.983(.047)

*Para obtener las diferencias se utilizó la prueba U de Mann Whitney.*

*Dx= participantes evaluados al momento del diagnóstico*

*Dx6= participantes evaluados a seis meses después del diagnóstico*

*\*\*\* $p \leq 0.001$ , \*\* $p < 0.01$ , \* $p < 0.05$*

Las MJ al momento de recibir su diagnóstico se mostraron significativamente más satisfechas respecto a su relación, reportaron mayores problemas emocionales, menores efectos físicos (efectos producidos por la quimioterapia como la pérdida de cabello) y más síntomas en la mama afectada, en comparación con las MJ que llevaban 6 meses desde el diagnóstico.

Las mujeres mayores evaluadas al recibir su diagnóstico reportaron menor apoyo social, en comparación con las mayores que llevaban 6 meses. Se encontró mayor fatiga y mayores efectos secundarios respecto al tratamiento en las pacientes mayores evaluadas a los 6 meses, en comparación con aquellas al diagnóstico. Para mayor detalle véase Tabla 13.

**Tabla 13.** Diferencias respecto a su edad y momento de evaluación.

n=40	<b>Jóvenes</b>		
	<b>Dx</b>	<b>Dx6</b>	<b>z(p)</b>
<b>Satisfacción</b>	24.48	16.52	2.152(.031)
<b>Emocional</b>	15.08	25.3	2.977(.003)
<b>Efectos Físicos</b>	16.40	24.60	2.236(.025)
<b>Síntomas mama</b>	25.08	15.93	2.527(.012)
n=40	<b>Mayores</b>		
	<b>Dx</b>	<b>Dx6</b>	<b>z(p)</b>
<b>Apoyo</b>	16.45	24.55	2.224(.026)
<b>Fatiga</b>	16.77	24.3	2.065(.039)
<b>Efectos Físicos</b>	16.45	24.55	2.206(.027)

*Para obtener las diferencias se utilizó la prueba U de Mann Whitney.*

Dx =evaluación al momento del diagnóstico, Dx6 =evaluación a 6 meses del diagnóstico

\*\*\* $p \leq 0.001$ , \*\* $p < 0.01$ , \* $p < 0.05$

En resumen, entre los principales hallazgos se encontró que las diadas jóvenes cuentan con un nivel educativo medio superior y las diadas mayores nivel básico; las MJ se detectaron en etapas más avanzadas de la enfermedad, tener menor número de hijos y menos años de convivencia con la pareja, en comparación con mujeres mayores.

El ajuste diádico y apoyo social correlacionaron positivamente en todas las pacientes. También se encontró una relación positiva entre ajuste diádico y calidad de vida, específicamente en MJ a mayor ajuste diádico reportado por ellas se asocia con mejor calidad de vida, menos fatiga, menos efectos secundarios, mejor imagen corporal y mayor placer; en las mayores a mejor ajuste mejor calidad de vida y menor dolor. El apoyo sólo tuvo correlación positiva con menor fatiga, una mejor percepción de imagen corporal, menor función sexual, mayor placer sexual y menos efectos secundarios en MJ; respecto a las mayores y el apoyo social, no se encontraron relaciones significativas.

En cuanto a los resultados diádicos, cuando las parejas jóvenes (cónyuges) se sentían más satisfechos con su relación las pacientes percibían mayor fatiga y dolor; y a menor dolor

reportado por la pareja mayor placer reportó la mujer. Entre mayor apoyo percibido por la pareja de parte de la paciente mejor calidad de vida, menor fatiga, menores efectos secundarios, menor función sexual, mejor imagen corporal y placer sexual, reportó ella.

En las diadas mayores, entre mayor fue el ajuste diádico de la pareja menores síntomas de la mama y dolor reportó la paciente. También a mayor expresión de cariño y menor dolor reportado por la pareja, la paciente presentó una calidad de vida social mejor; y entre mejor calidad de vida reportada por la pareja menor rol físico y funcionalidad sexual en ella.

Finalmente, en cuanto a las diferencias por grupos de pacientes, MJ evaluadas al momento del diagnóstico reportaron menor función sexual en comparación con las mayores evaluadas en el mismo momento, y éstas refirieron menor placer sexual. MJ evaluadas a los seis meses, mostraron menor función sexual en comparación con el grupo de mujeres mayores evaluadas a los seis meses, y éstas últimas reportaron un mayor ajuste diádico, apoyo social, mayores problemas físicos y menor disfrute sexual en comparación con las jóvenes.

MJ evaluadas en el diagnóstico mostraron mayor satisfacción en su relación, mayores problemas emocionales y síntomas de la mama afectada en comparación con las MJ evaluadas a los seis meses, quienes reportaron mayores efectos físicos. Las mujeres mayores al momento del diagnóstico reportaron menor apoyo social a diferencia del grupo de mujeres mayores evaluadas a los seis meses, estas últimas reportaron mayor fatiga y mayores efectos secundarios en comparación con el grupo de mujeres mayores evaluadas al momento del diagnóstico.

## Discusión

Este trabajo evaluó el ajuste diádico, el apoyo social y calidad de vida en mujeres jóvenes y mayores con CaMa y sus respectivas parejas del Instituto Nacional de Cancerología de la Ciudad de México; teniendo como objetivos, determinar: a) la relación de dichas variables en mujeres con CaMa, b) la relación entre los puntajes de las variables de las parejas con respecto a la calidad de vida de las pacientes, y c) las diferencias entre MJ y mujeres mayores en cuanto a los efectos en las variables de interés en el diagnóstico y tratamiento de CaMa.

Todos los participantes independientemente del tiempo del diagnóstico (reciente o a los 6 meses) mostraron puntuaciones altas en ajuste en su relación, recibir apoyo social (paciente de su pareja y la pareja de la paciente) y calidad de vida. Respecto a las asociaciones entre variables, específicamente se encontró que para las pacientes, independientemente de la edad, entre más ajuste diádico en su relación, más apoyo percibido por parte de su pareja. Específicamente, cuando las MJ percibieron buen ajuste diádico y apoyo de su pareja, presentaron mejor calidad de vida y menos problemas en sexualidad; en las mayores sólo el ajuste diádico se asoció con mejor calidad de vida, menor percepción del dolor y menos problemas sexuales.

A nivel diádico, cuando la pareja joven (cónyuge) se encontró satisfecho con su relación y percibía apoyo por parte de la paciente, esta última presentaba menos síntomas debido a los tratamientos, así como menores problemas sexuales. Mientras que en pacientes mayores se observó que entre mayor ajuste diádico de la pareja, menor dolor y síntomas de la mama en la paciente; y que a mejor calidad de vida de la pareja, menor funcionalidad sexual de ésta.

En relación a las diferencias significativas entre MJ y mayores, al momento del diagnóstico, las pacientes jóvenes mencionaron menor función sexual y las mayores menor placer sexual. En los grupos evaluados a los seis meses, las mujeres mayores percibieron mayor ajuste diádico y apoyo, más síntomas físicos y menor disfrute sexual que las jóvenes, y éstas reportaron menor función sexual. En la comparación intra grupos respecto al momento de evaluación, las MJ al diagnóstico reportaron mejor ajuste en su relación de pareja, pero también mayores problemas emocionales y síntomas de la mama en comparación con la MJ evaluadas a los seis meses, quienes presentaron más efectos físicos. Las mujeres mayores a los 6 meses del diagnóstico



reportaron mayor apoyo social, fatiga y efectos secundarios en comparación con el momento del diagnóstico.

### **1. Descripción de las muestras en términos sociodemográficos, ajuste diádico, apoyo social y calidad de vida.**

Los resultados sobre aspectos sociodemográficos concuerdan con estudios llevados a cabo en países subdesarrollados (Farhadifar et al., 2015; Makanjuola et al., 2014), de manera similar ocurre en cuanto al nivel educativo —medio superior para las diadas jóvenes y básico para diadas mayores— como en ocupación (actividades del hogar, empleado o autoempleo, respectivamente). La consideración de estas características es relevante al momento de proporcionar información en cuanto a la enfermedad, diseñar una intervención y/o en la realización de otras investigaciones; ya que dichos aspectos pueden modificar el seguimiento o adherencia a los tratamientos.

Asimismo, las características clínicas de MJ confirman datos de estudios anteriores llevados a cabo en México y países en vías de desarrollo, en cuanto a la detección en etapas avanzadas, tumoraciones más agresivas y mayor número de tratamientos (Sidoni et al., 2003; Kwong et al., 2008; Rodríguez-Cuevas et al., 2009; Villarreal-Garza et al., 2013; Makanjuola et al., 2014) en comparación con mujeres mayores. Dichos hallazgos pueden relacionarse y explicarse, por la falta de infraestructura en el país para detectar las tumoraciones (Knaul, Bustreo, Eugene, & Langer, 2008); según esto, mujeres de estratos sociodemográficos más bajos —como en el caso de mujeres habitantes de zonas rurales— tienen menores probabilidades de detecciones tempranas por la falta de acceso a servicios de salud (Knaul et al., 2009) o a la baja escolaridad. Por el contrario, se ha encontrado que mujeres con niveles académicos mayores a la educación básica se autoexploran o se realizan siete veces más exámenes de tamizaje (López-Carrillo, Suárez, & Torres, 2009).

Por otro lado, aunque no se haya considerado en la presente investigación, en las nuevas generaciones los cambios en la alimentación (la forma de cocción de los alimentos o ingerir exceso de grasas saturadas), estilos de vida menos saludables (Vara-Salazar, Suárez, Ángeles, Torres, & Lazcano, 2011) mayor edad del primer embarazo, menor número de partos y el acortamiento de la práctica de la lactancia (López, Lazcano, Tovar, & Hernández, 1997) pueden

contribuir a la explicación de dichos hallazgos en cuanto a las características particulares de la enfermedad en dicho grupo.

Las pacientes jóvenes se distinguieron (de las mayores) por tener menor número de hijos y años de vivir con su pareja; aspectos que se esperaría encontrar debido a la etapa temprana reproductiva y formación de su vida familiar en la que se encuentran (Ali & Warner, 2005; Adams et al., 2011; Vivar, 2012). Estas áreas generalmente se afectan por los tratamientos debido a las alteraciones secundarias en los ciclos menstruales, problemas de lactancia e infertilidad (Champion et al., 2014; Fobiar et al., 2006; Lee et al., 2013; Partridge, 2012; Stella, 2002) que llegan a generar problemas psicológicos como ansiedad y/o depresión (European Society for Medical Oncology, 2013; American Cancer Society, 2017). Por ello, es probable que requieran mayor número de recursos durante su tratamiento, así como atención especializada.

Todos los grupos perciben alto ajuste diádico, apoyo de sus respectivas parejas y buenos niveles de calidad de vida tanto en el diagnóstico como a los seis meses. Es posible que estos hallazgos se deban, en parte a aspectos metodológicos relacionados con la muestra. Ya que el número de personas consideradas para cada grupo (N=20) puede no ser suficiente para precisar los resultados o descartar errores y sesgos; así como al diseño transversal, pues no puede establecer con exactitud la secuencia temporal de las diferentes variables estudiadas (Kinsinger et al., 2011; Fife et al. 2013; Stulez et al., 2014). Otra explicación, como lo mencionan Yamamoto et al. (2015) y Chou et al. (2012), radica en que los primeros seis meses, incluso hasta un año (Yildirim, Dalgiç, & Berberoğlu, 2000) del tratamiento de la enfermedad son cruciales, ya que las pacientes tienen que enfrentarse al impacto del diagnóstico, la hospitalización, cirugía y terapia adyuvante, incluyendo consecuencias altamente evidentes, como el vómito, fatiga, pérdida de cabello etc., lo cual puede generar que las parejas proporcionen mayor apoyo a las pacientes y, en consecuencia, que ellas lo perciban o lo proporcionen; así como mejor ajuste dentro de su relación y mejor calidad de vida en ambos.

## **2. Relación entre ajuste diádico, apoyo social y calidad de vida en MJ y mayores.**

Entre las asociaciones encontradas con respecto al ajuste diádico y el apoyo social, los resultados confirman la evidencia obtenida por Badr et al., (2010) y Kinsinger et al., (2011), concerniente al apoyo social percibido por la mujer con CaMa; que independientemente de la edad, fue un fuerte

predicador de la relación de pareja; es decir, a mayor apoyo percibido por éstas, mejor consenso, cohesión, satisfacción y muestras de cariño en la diada.

Estos resultados pueden ser explicados a través del concepto de estructura de la pareja; pues según Sternberg (1986) la relación de pareja está constituida por intimidad (sentimientos que promueven el acercamiento en términos de contacto, calidez, unión y vínculo), pasión (íntimo deseo de unión y consumación sexual) y compromiso (decisión de estar con la pareja), aspectos que involucran el consenso, la cohesión, la expresión de cariño y el apoyo mutuo; es así que ajuste diádico y apoyo social pueden verse complementados (Alzugaray & García, 2015). Además, es posible que elementos socio-culturales y evaluativos, como lo menciona Díaz-Loving (1999) estuvieran presentes en las parejas (cónyuges) —p.e. la premisa de ayudar a la pareja en la salud y en la enfermedad—. Lo que probablemente generó que las parejas proporcionaran soporte emocional, instrumental o de comunicación (apoyo social) a las pacientes; habiendo mejor acuerdo entre ellos, mayor involucramiento en actividades en común, más intimidad y consecuentemente mejor satisfacción con su relación.

Además, esta relación entre variables cobra importancia, como lo menciona Chou et al., (2012) en su estudio, porque el apoyo puede ser un elemento clave para mantener la relación diádica en momentos difíciles —como recibir un diagnóstico de cáncer, enfrentar un nuevo tratamiento o recurrencia de la enfermedad—.

Por otro lado, la relación entre ajuste diádico y calidad de vida, contribuye a los hallazgos de que el ajuste diádico tiene implicaciones en la salud física de sus miembros (Kiecolt-Glaser & Newton, 2001). Por ejemplo, existe evidencia que sugiere la existencia de una relación entre calidad marital o interacción conyugal y la función inmune (Kiecolt-Glaser et al., 1987, 1993, 1997; Mayne et al., 1997; Miller et al., 1999). De acuerdo con algunos autores se ha encontrado una fuerte relación entre el estrés y recuperación de algunas enfermedades, esto porque se elevan los niveles de cortisol y se altera la respuesta dinámica que controla el desarrollo de la respuesta inmune (DeRijk et al., 1997; Robles & Kiecolt-Glaser, 2003).

De hecho, algunos estudios han demostrado que no aumenta la actividad de la enfermedad reumatoide de mujeres con mejores relaciones conyugales (Zautra, Smith, Affleck, & Tennen, 2001). También según Trevino, Young, Groff y Jono (1990), el ajuste diádico se ha relacionado con mejor cumplimiento del consumo del medicamento para la presión arterial; y es que la interacción entre los miembros de la diada aumenta o disminuye síntomas en los pacientes con enfermedades crónicas. Keefe et al., (1996) lo muestran después de una intervención proporcionada a las parejas de enfermos crónicos, los pacientes reportaron menor discapacidad física y menor percepción de dolor. Específicamente en pacientes con CaMa, Kinsinger et al. (2011) y Waltz, Kriegel y Pad-Bosch (1998) demostraron que el ajuste diádico tiene una relación negativa con el dolor de la paciente y depresión en la diada.

De esta manera, las pacientes al momento del estudio observaron un buen ajuste dentro de su relación; es decir, paciente y pareja estaban de acuerdo en diferentes aspectos de su vida, compartiendo actividades cotidianas (como labores del hogar, cuidado de los hijos, actividades de esparcimiento, etc.) mostrándose afecto uno al otro; lo cual posiblemente permitió que las pacientes tuvieran menos obligaciones, descansaran más y presentaran menos estrés, que provocó menos síntomas físicos y síntomas mamarios, dolor y menos fatiga.

La relación entre ajuste diádico y aspectos sexuales (factor de calidad de vida) en las pacientes, parece lógica, ya que, la sexualidad al constituir a la relación de pareja, es un medio para desarrollar mayor intimidad (Sternberg, 1986). Al respecto Kissane, White, Cooper, y Vitetta (2004), en entrevistas con mujeres con CaMa reconocieron el papel fundamental de la participación de sus parejas en el proceso posterior al diagnóstico.

Así mismo, Keskin y Gumus (2011) encontraron relacionados cohesión, satisfacción y expresión de cariño con mayor funcionalidad sexual y placer sexual en mujeres con CaMa y cáncer cervicouterino. Por tal evidencia es posible pensar que los miembros de la diada con mejor ajuste presentan más acuerdos dentro de su vida sexual, lo que ayudó a las MJ a tener mejores percepciones en imagen corporal, y en todas las pacientes a presentar mejor función sexual y placer sexual, a pesar de las consecuencias generadas por los tratamientos.

Otro dato a destacar fue que para las MJ el ajuste diádico se relacionó con preocupaciones respecto a su imagen corporal, no así para las pacientes mayores. Esto es consistente con investigaciones realizadas en MJ, que han reportado que a lo largo de los tratamientos, paciente jóvenes presenta mayor número de problemas con respecto a su auto-imagen (Fobiar et. al., 2006; Hungr, Sánchez-Varela & Bober, 2017), esto posiblemente porque para ellas el estereotipo de belleza en la cultura occidental, la imagen física y la juventud son altamente valoradas, y después de la cirugía o la quimioterapia los cambios en los senos, al considerarse símbolo de feminidad y sensualidad, causan varios problemas psicológicos, Aunado a la menopausia prematura, que posiblemente genera sensación de envejecimiento e inutilidad (Baucom, Porter, Kirby, Gremore & Keefe, 2006; Hungr et al., 2017).

Además, puede que este grupo haya estado más pendiente de su apariencia física antes del diagnóstico, pues según Carver, Pozo-Kaderman, Price y Moffat (1998) aquellas mujeres que reportaban un nivel más alto de inversión en su apariencia física antes de la enfermedad, mostraron más ansiedad y depresión antes de la cirugía y durante el año siguiente.

Por otro lado, el contexto cultural posiblemente contribuya al desarrollo de diferentes problemas respecto a la imagen. En países latinoamericanos por ejemplo, la mujer juega un papel de sumisión ante su actividad y placer sexual, a esto se le suma que los senos se ven como un gran atractivo sexual para los hombres (Blanco, 2010; Hungr et al., 2017); lo que puede generar en las mujeres gran preocupación respecto a las percepciones de sus parejas. Así lo mostró Wai Ming (2002) quien reportó que las evaluaciones a la apariencia física que hacían las parejas de mujeres con CaMa eran mejores predictores de la satisfacción marital, en comparación con las evaluaciones que hicieron las propias pacientes. Blanco (2010) encontró que a mayor apoyo emocional por parte de las parejas de mujeres con CaMa, se resolvía más fácilmente el conflicto de la aceptación de la mastectomía y con la relación de pareja.

Finalmente, la relación de apoyo social y calidad de vida en MJ (en las mayores estas variables no se asociaron) concuerda con algunos estudios. Por ejemplo Cheng et al., (2013) encontraron que a mayor satisfacción con el apoyo, las mujeres informaron tener mejor calidad de vida en aspectos físicos, psicológicos y sociales. Thompson et al., (2013) probaron que a mayor apoyo social percibido, mejor salud general en las pacientes. En el mismo sentido, otros investigadores

como Badr et al., (2010), Boeding et al., (2014), Rottman et al., (2015) y Boeding et al., (2014) han confirmado que la ausencia de apoyo o el apoyo negativo se han asociado con el malestar psicológico, ansiedad, depresión y afrontamiento evitativo, así como con fatiga y síntomas físicos.

Ante estos resultados se cree que las parejas de estas pacientes, después del diagnóstico, pudieron involucrarse más en actividades cotidianas y proporcionaron los cuidados necesarios, lo que provocó que se aminorara la carga de las tareas domésticas o de la vida cotidiana y síntomas, lo que redujo la fatiga de ellas. Además, que las parejas proporcionaran apoyo emocional, fue percibido por ellas como mayor comprensión, lo que posiblemente aumentó el placer sexual, la comprensión respecto a la disminución del apetito sexual en ellas (lo que puede estar explicando la disminución de la función sexual) y apoyó con los cambios en su imagen corporal (Kissane et al., 2004).

Las correlaciones entre apoyo social y calidad de vida sólo en MJ pueden deberse a la edad de desarrollo psicosocial en la que se encuentran, es decir, generalmente estas mujeres tienen que cumplir con una alta demanda de actividades como el cuidado de los hijos, labores del hogar, actividades del trabajo y/o escuela, incluidas la planificación de su tratamiento médico etc., lo que puede afectar su calidad de vida y generar una alta necesidad de apoyo (instrumental, emocional y material) especialmente de la pareja (Adams et al., 2011; Gálvez-Hernández et al., 2017; Manne, 2003; Pistrang & Barker, 1995).

### **3. Relación entre ajuste diádico, apoyo social y calidad de vida de las parejas con respecto a la calidad de vida de pacientes.**

Este trabajo, asumiendo interdependencia, encontró relación entre algunas variables reportadas por las parejas y la calidad de vida de las pacientes.

Primeramente, en diadas jóvenes sólo satisfacción con la relación (factor de ajuste diádico) reportado por las parejas, se relacionó con dolor (factor de calidad de vida) en la paciente. Aunque algunos estudios han encontrado asociaciones contrarias (Hagedoorn et al. 2000), la posible explicación puede encontrarse en estudios como el Geisser, Cano, y Leonard (2005) y Bermas, Tucker, Winkelman, y Katz (2000), quienes sugirieron que los pacientes con niveles

más altos de dolor podrían pasar más tiempo con su cónyuge, aumentando así la satisfacción marital de éste. A detalle se puede pensar que cuando las MJ reportaban dolor, las parejas se sentían comprometidas a proporcionar mayores cuidados y pasar más tiempo con ellas, lo que aumentaría (en ellos) su propia percepción de compromiso y ayuda —factores que contribuyen a la satisfacción marital (Diaz-Loving, 1999, Nina-Estrella, 2011; Sotto, Ribeiro, & Paúl, 2008, 2009)— . Lo que a su vez podría reforzar la percepción de dolor en las pacientes y contribuir a su prolongación, Romano et al., (1995) lo confirmaron en pacientes con dolor crónico.

En las diadas mayores se encontró que a mayor ajuste reportado por la pareja, la percepción del dolor y síntomas de la mama disminuyeron en la paciente. Tales resultados pudieron ser debido a que todas las diadas se encontraban al inicio de sus tratamientos donde requieren mayor número de cuidados (Chou et al., 2012; Yamamoto et al., 2015; Yildirim et al., 2000), es probable que las parejas se hayan involucrado en mayor medida en actividades de cuidado, lo que generó (en ellos) mayor percepción de ajuste diádico, y a su vez redujo la percepción de síntomas relacionados con la enfermedad y de dolor en las pacientes.

Al respecto, estos resultados confirman lo reportado por Bard y Shen (2014) que a menor ajuste diádico reportado por la pareja, más dolor percibido por la paciente; lo que puede confirmar que cuando una relación diádica es funcionalmente pobre —por bajos niveles de ajuste diádico— puede exacerbar síntomas físicos, probablemente debido a menor empatía de las parejas hacia las necesidades de las pacientes. Asimismo, Baucom et al. (2009) en una intervención en diadas de pacientes con CaMa, concluyeron que cuando las parejas utilizaban mejores estrategias de solución de problemas, y tenían mejores acuerdos en sus actividades, las pacientes reportaban menores síntomas (dolor y fatiga).

A esto se le suma, que las diadas mayores tenían mayor número de años juntos, variable determinante del buen ajuste reportado por las parejas —cónyuges— (Avci & Kumcagiz, 2011); incluso estar jubilados y/o tener menos responsabilidades (como el cuidado de los hijos) pudo contribuir a que las parejas tuvieran más tiempo para atender las necesidades de las pacientes.

La relación sobre percepción de apoyo en la pareja y calidad de vida en la paciente sólo se observó en MJ. Específicamente, se encontró que el apoyo percibido por la pareja (que proviene

de la paciente) se relacionó con alta calidad de vida y menor fatiga en la paciente, estos resultados apoyan la literatura que sugiere concebir a la relación de pareja como una unidad de análisis, ya que las parejas se encuentran íntimamente relacionadas (Karademas & Giannousi, 2013; Segrin et al., 2005; 2006; 2012; 2014). Al respecto, es posible que la poca o mucha ayuda que pudo haber proporcionado la paciente a su pareja —por ejemplo, comunicando sus necesidades— haya contribuido a disminuir la sobrecarga y mantener la motivación de la pareja para continuar atendiéndola (Pitcaethly & Maguire, 2003; Ptacek, Pierce, Dodge & Ptacek, 1997). Lo que, aumentó la percepción de calidad de vida y disminuyó la sensación de fatiga en ella.

Estos resultados no tienen precedente, posiblemente debido a los pocos estudios enfocados a la pareja en MJ. Sin embargo se aproximan a Hinnen et al. (2009) respecto a la relación negativa entre apoyo percibido y proporcionado por las parejas y la ansiedad de pacientes; a los datos obtenidos por Boeding et al. (2014), quienes encontraron que a menor apoyo reportado por la pareja, mayor sintomatología depresiva en la paciente. Además, la literatura ha mostrado que las parejas masculinas son las que demandan mayor apoyo por parte de sus parejas femeninas (Antonucci & Akiyama, 1987). Así, al compartir la responsabilidad de los cuidados o actividades cotidianas, la paciente refuerza a la pareja a mantenerse pendiente de los requerimientos de ella.

Al respecto Douglass (1990) sugiere que la experiencia del cáncer es conjunta, tiene que ser manejada a través de una distribución de recursos mutua. Baidar (2003) argumenta que esta mutualidad es esencial cuando un individuo en la relación está enfermo, ya que compartir actividades domésticas, de ocio, expresiones de calidez, cuidado, sensibilidad y positivismo, tanto como sea posible, amortigua el enfrentamiento a la enfermedad.

Por otro lado, el apoyo reportado por las parejas aumentó la percepción de síntomas de la mama, quizá se deba a que las pacientes al continuar sus actividades cotidianas (Mera & Ortiz, 2012) y proporcionar ayuda a sus parejas, provoca un sobre esfuerzo e intensifica los síntomas del área afectada. Este apoyo también se relacionó con aspectos sexuales de las pacientes, ante ello es posible suponer que las pacientes compartieran información respecto a los cambios en su sexualidad (debidos al tratamiento). Fobiar (2006) en su estudio en MJ, encontró que aquellas



pacientes que estaban casadas tenían mayor disposición para expresar y atender sus problemas sexuales, en comparación con las no casadas.

Posiblemente esto haya generado que las parejas se sintieran apoyadas, y, en consecuencia les motivó a ser recíprocos. En este sentido, como la función sexual en la paciente ha disminuido, la interdependencia y mutualidad de la pareja en el apoyo aumenta el placer y mejora la percepción de su imagen corporal (Belcher et al. 2011).

Hasta aquí el apoyo ha mostrado ser de gran importancia para las diadas jóvenes, lo que no ocurrió en las diadas mayores; posiblemente se deba a que las MJ son sexualmente activas y mayormente preocupadas por su pareja y vida sexual, por un lado y por otro, dada la disfunción sexual presente en las diadas mayores y años de la relación, estos se encuentran mejor ajustados dentro de la relación, contando así con mayores recursos psicológicos.

Finalmente, las relaciones entre aspectos de calidad de vida de ambos miembros de la diada dan cuenta de su interdependencia. Al respecto, se encontró que la fatiga reportada por las parejas jóvenes (cónyuges) aumentaba la percepción del dolor en las MJ. Esto puede deberse a que estos momentos requieren de muchos cuidados (Chou et al., 2012; Yamamoto et al., 2015; Yildirim et al., 2009), lo que probablemente generó sobrecarga o fatiga en la pareja —que suelen ser los cuidadores primarios (Cheng et al., 2013; Northouse et al., 2002); además de que tendrán que lidiar con los cuidados y actividades que desempeñaba la paciente, incluidas sus propias actividades—. Estos niveles de estrés y fatiga de las parejas aumenta la probabilidad de cometer errores en la dosificación de los medicamentos u olvidos de administración, así como negligencias en los cuidados de las pacientes (Lodoño, Contreras, Delgadillo, Tobón, & Vinaccia, 2005). Esto podría intensificar el dolor en ellas. Al mismo tiempo, si la paciente percibe alto nivel de dolor, posiblemente requerirá más atenciones, generando mayor fatiga a la pareja.

En cuanto a la relación entre dolor percibido por la pareja y placer sexual de la paciente joven, aunque no se cuentan con investigaciones similares. Al parecer, que los hombres tengan una buena salud física y psicológica permite que sean más complacientes sexualmente con sus esposas (Gorguet-Pi, 2008), especialmente al proporcionar caricias, ternura y estabilidad de la pareja —aspectos que determinan el placer sexual en las mujeres (Valdés, Sapién, & Córdoba,

2003). Recientes investigaciones han mostrado que hombres con alguna enfermedad crónica o dificultad física tienen un desempeño sexual afectado (Gorguet-Pi, 2008; Leodón, 2011). Ante tal evidencia, puede suponerse que las parejas (cónyuges) de MJ al percibir más dolor (posiblemente por la sobrecarga de las actividades llevadas a cabo como cuidador primario) se haya dificultado su desempeño sexual y consecuentemente el placer sexual de las pacientes.

Para las diadas mayores se encontró que a mayor calidad global reportada por la pareja, menores actividades realizadas por la paciente (rol físico), resultado que va en línea con que al encontrarse sin problemas de salud, en general, las parejas se involucran en mayor medida en estas actividades (Segrin et al., 2012).

La relación de menor dolor reportado por la pareja con mayor calidad de vida en el área social de la paciente, puede deberse a que cuando las parejas consideran estable a la relación y no presentan problemas de salud, promueven las relaciones sociales de las pacientes. En este sentido, Mackenzie (2015) encontró que las pacientes que contaban con apoyo de sus parejas, se incorporaron más rápido a sus actividades físicas y restablecieron sus relaciones con otras personas durante el tratamiento.

Aunque en el adulto mayor se producen cambios biológicos importantes que limitan la actividad sexual, ésta no desaparece (Masters & Johnson, 1981). Al respecto, se encontró que entre mejor es la calidad de vida reportada por las parejas mayores (salud física, emocional y rol físico), mayor función sexual en sus pacientes. Estos resultados son congruentes con investigaciones que han demostrado que la enfermedad limita la función sexual, sobre todo en adultos mayores, ya afecta su movilidad y tolerancia a la actividad física, reduciendo el deseo sexual.

#### **4. Diferencias entre e intra grupos en cuanto al ajuste diádico, apoyo social y calidad de vida de MJ y mujeres mayores con CaMa.**

Al momento del diagnóstico, las MJ reportaron menor función sexual, esto puede deberse al impacto que causa la confirmación de la enfermedad, pues según Geue, Schmidt, Sauter, & Friedrich (2015) más del 60% de MJ con CaMa reduce significativamente sus encuentros sexuales desde que se son diagnosticadas. Otra causa puede ser debida a las etapas avanzadas (Makanjuola et al., 2014; Rodríguez-Cuevas et al., 2009; Villarreal-Garza et al., 2013) en las que

son diagnosticadas y que les causan algunas dificultades de salud física, como mayor dolor, inflamación etc., problemas psicológicos —mayores problemas de ansiedad y estrés— (Chou et al., 2012; Yamamoto et al., 2015; Yildirim et al., 2009), así como mayores preocupaciones respecto al atractivo físico (Fobiar et al., 2006; Hungr et al., 2017, Paterson et al., 2016).

Las mujeres mayores al momento del diagnóstico presentaron menor placer sexual, lo que puede deberse a dos posibles factores. Primero a que los cambios sexuales relacionados con la edad (mayores de 50 años) —producción disminuida de estrógenos, progesterona, lubricación, grosor y elasticidad vaginal, tamaño del cuello uterino, útero y ovarios (Masters & Johnson, 1981)— que dificultan el disfrute de encuentros sexuales, se hubieran presentado antes del diagnóstico. El segundo factor puede ser explicado por el impacto físico —mayor percepción del dolor, fatiga, problemas físicos y dificultad en llevar a cabo sus actividades cotidianas— y psicológico —mayores niveles de ansiedad y estrés— que se producen ante un posible y confirmatorio diagnóstico de cáncer (Frost et al., 2000; Sneed, Edlund, & Dias, 1992; Yamamoto et al., 2015), aspectos que han mostrado dificultar los encuentros y el placer sexual.

Los reportes de menor función sexual de las MJ y menor placer sexual de las mayores a los seis meses, se pueden entender como una continuación de los problemas sexuales referidos al inicio del diagnóstico en ambos grupos<sup>11</sup>.

Así mismo, mujeres mayores, comparadas con las jóvenes a los seis meses mostraban mayor consenso, cohesión y cariño dentro de su relación, y mayor apoyo. Es posible que los años de relación de estas díadas aumentaran su sentido de compromiso (Diaz-Loving, 1999, Nina-Estrella, 2011), y las conductas de ayuda de la pareja hacia la paciente, generaran mayor ajuste. Inclusive, se ha descrito que el CaMa no sólo genera problemas maritales, sino que puede fortalecer la relación, cambiando el sentido de apreciación por la vida y crecimiento personal dentro de sus miembros (Kausar & Saghir, 2010). Probablemente porque puede potencializar ciertos recursos (p.e., reestructuración cognitiva, comunicación, pedir ayuda y acercamiento) en la paciente, la pareja y en la diada (Cordova et al., 2007; Manne et al., 2004, Weiss, 2002).

---

<sup>11</sup> Aunque ambos grupos fueron diferentes al momento del diagnóstico, por las características sociodemográficas tan parecidas es posible hablar de muestras relacionadas y así asumir un efecto de suelo.

Finalmente, se encontró que previo al tratamiento las MJ se hallaban más satisfechas con su relación (Badr et al. 2010, 2014; Keskin & Gumus, 2011). Probablemente debido que en los primeros momentos de la enfermedad, la pareja tenía menor sobrecarga y estrés, para pasar más tiempo con la paciente (p.e., acompañarla a las primeras citas) y proporcionarle más apoyo.

Las demandas mayores de la enfermedad y las consecuencias evidentes a los seis meses, explican la disminución de la satisfacción marital en las MJ (Forst et al., 2000). Por otro lado, que la paciente haya reportado mayores problemas emocionales al inicio del tratamiento coincide con la literatura (Champion et al., 2014, Forst et al., 2000, Kraemer et al., 2011; Rottman et al., 2015), estos problemas pueden ser por el elemento sorpresa de la enfermedad —se cree que el CaMa se presenta en mujeres longevas— (Knaul et al., 2009), aunado a los cambios realizados para priorizar su salud y la incertidumbre que causan los tratamientos (Adams et al., 2011). Los problemas de la mama referidos por las MJ al diagnóstico, que disminuyeron a los seis meses, se pueden explicar porque las etapas de diagnóstico fueron avanzadas, lo que genera alto número de síntomas, que se redujeron con los tratamientos (Kwong et al., 2008; Makanjuola et al., 2014; Rodríguez-Cuevas et al., 2009; Sidoni et al., 2003; Villarreal-Garza et al., 2013). Además, que al mismo tiempo (diagnóstico) hayan reportado menores efectos físicos, que se refieren a las consecuencias debido a los tratamientos como pérdida de cabello, bochornos, dolor de cabeza etc., eran de esperarse ya que en dicho momento las pacientes aun no habían comenzado tratamiento.

El que las pacientes mayores a los seis meses del diagnóstico reportaran mayor apoyo, fatiga y efectos físicos, coincide con hallazgos de mujeres similares a lo largo del tratamiento (Champion et al., 2014). Estos resultados pueden explicarse, por los años de relación y menores responsabilidades en cuanto a los hijos y laborales por parte de las parejas, lo que permite prestar más apoyo a las pacientes. El reporte de más complicaciones de salud puede deberse al desgaste físico propio de la edad, y/o a la presencia de enfermedades comórbidas, lo cual pudiera haber intensificado los síntomas producidos por los tratamientos (Yancik et al., 2001).

## Conclusión

En México el CaMa ha aumentado en los últimos años, siendo hoy en día la primera causa de muerte en mujeres por cáncer (GLOBOCAN, 2012; INEGI, 2013). El aumento también se ha notado en mujeres menores de 40 años, que por sus características biopsicosociales (Gnerlich et al., 2009; Love et al., 2002; Villareal-Garza et al., 2014,2013) genera consecuencias específicas en el área física, psicológica, sexual y social. Particularmente, uno de los problemas a partir del diagnóstico y tratamiento se encuentra en la relación de pareja, que tiene un rol fundamental en el afrontamiento de las dificultades del padecimiento (Aduna, 1998; Gambará, 1997; Manne, 2003; Pistrang & Barker, 1995).

La presencia de altos puntajes en ajuste diádico, apoyo social y calidad de vida en todas las pacientes y sus parejas mostraron que la relación de pareja y calidad de vida, no se ve afectada por la confirmación del diagnóstico y los primeros meses de tratamiento. Posiblemente debido a que en ambos momentos se presentaron cambios drásticos en las pacientes (Chou et al., 2012; Yamamoto et al., 2015; Yildirim et al., 2000), que mantuvieron y/o mejoraron la interacción con la pareja y la percepción de salud.

La confirmación de la relación entre ajuste diádico y apoyo social y su influencia en la salud de las pacientes da cuenta de la interdependencia existente dentro de la diada pareja (Dorros et al., 2010; Fife et al., 2013; Lewis et al., 2006; Manne et al., 2012; Segrin et al., 2005; 2006; 2012; 2014). Es decir, este estudio proporcionó evidencia de que la percepción de la pareja en cuanto a su relación puede determinar la percepción de la salud global de la paciente, lo que impactará en la manera de afrontar su enfermedad.

Específicamente, para las diadas jóvenes se observó que el ajuste diádico y el apoyo social son aspectos más significativos para ellos —en comparación con las diadas mayores—, ya que se asociaron con mayor número de aspectos de calidad de vida (incluyendo el placer sexual y la aceptación de imagen corporal) de la paciente. Es posible que el momento de consolidación de la relación de pareja —compromiso o mantenimiento— (Díaz-Loving 1999) determine la alta demanda de apoyo, ajuste dentro de sus miembros e influencia en su calidad de vida. Los pocos años de vivir juntos y la etapa de matrimonio sin o con hijos pequeños, pudo no permitir que se

estabilizaran, o contaran con un conocimiento amplio de ambos y/o se encontraran bien ajustados (Sánchez-Aragón, 1995; Spanier, 1976).

En contraste, las diadas mayores tienen una relación de pareja consolidada, redefinida y reconstruida —por la salida de los hijos— que les permite pasar más tiempo juntos (Sánchez-Aragón, 1995), atendiendo a las demandas y necesidades del otro y contando con mayor número de recursos y experiencias para afrontar diferentes dificultades, como el CaMa.

Esta investigación también confirma que la etapa de desarrollo de las MJ —alta productividad laboral o profesional, conformando su vida de pareja y crianza de los hijos (Mansilla, 2000)— las hace más susceptibles de presentar dificultades físicas, emocionales y sexuales, al momento de recibir el diagnóstico y a lo largo del tratamiento (Adams et al., 2011). En cambio, las pacientes mayores mostraron menos dificultades al momento de ser diagnosticadas, incluso durante el tratamiento aumentaron puntajes en apoyo social y calidad en la relación.

Básicamente estos resultados dan cuenta de que la pareja es pieza clave en el afrontamiento de la enfermedad. Además denotan la importancia de proporcionar una intervención multidisciplinaria, desde los primeros momentos de detección de la enfermedad en todas las mujeres con CaMa; principalmente en las MJ. Por lo que concientizar a las diadas jóvenes de la importancia del apoyo mutuo y el ajuste entre ellos puede ser altamente útil, ya que el momento de sus vidas en que llega la enfermedad no les permite madurar su relación marital y por lo tanto ambos miembros demandarán mayores recursos uno del otro, impactando recíprocamente en su salud.

Por otro lado, sería preciso proveer intervenciones que ayuden a las mujeres mayores a trabajar con los efectos secundarios de los tratamientos, como por ejemplo, dirigidas al manejo del dolor como la retroalimentación biológica y técnicas de relajación.

En cuanto a las metas terapéuticas identificadas para sobrellevar la enfermedad más adecuadamente en todas las pacientes se sugiere aumentar las habilidades relacionadas con la comunicación médico-paciente, comunicación asertiva con la pareja, resolución de problemas,

entre otras. En este sentido será relevante considerar que toda la muestra presentó educación básica y empleos poco remunerados, aspectos que deben ser tomados en cuenta por todo el equipo de salud (médicos, enfermeras, trabajadores sociales, psicólogos etc.) en la provisión de esa comunicación información, indicaciones para los tratamientos y posibles consecuencias; ya que al considerar dichas características demográficas es posible llevar a una mejor comprensión de aquellos y menores problemas psicológicos relacionados.

La falta de asociación entre ajuste diádico o apoyo social con aspectos emocionales, cognitivos o sociales (factores de calidad de vida), que difieren con estudios actuales (Borstelmann et al., 2015; Hasson-Ohayon et al., 2010; Karademas & Giannousi, 2013; Manne et al., 2005; Sherman et al., 2009; Stulez et al., 2014), puede explicarse por las limitaciones encontradas dentro de este trabajo.

La primera de ellas se encuentra en el tamaño de la muestra de cada grupo, ya que al ser pequeña, no es posible llevar a cabo análisis más rigurosos. Un número mayor de personas incluidas en cada grupo en futuras investigaciones, podrían proporcionar mayor información en cuanto a si variables emocionales, como la ansiedad o depresión, están relacionadas con aspectos de la relación de pareja, o confirmar las diferencias en variables asociadas con respecto a la edad de las pacientes.

Por otro lado, el que todos los grupos hayan reportado puntuaciones altas en todas las variables, es decir mostraron poco deterioro en general, también puede deberse a limitaciones dentro de la investigación. Posiblemente, a que la muestra fue obtenida a través de un solo centro de atención (el INCan), donde las pacientes cuentan con una cobertura total y multidisciplinario de su tratamiento (Mohar et al., 2015; Ortega, 2017; INCan, 2013). Inclusive las MJ cuentan con un *Programa* que optimiza el cuidado clínico y necesidades de apoyo para estas pacientes y sus familiares, entre otras labores (Villarreal-Garza et al., 2015).

Además, los mismos criterios de inclusión (que tanto paciente y pareja quisieran participar) pudieron haber sesgado los resultados hacia puntajes altos, al sólo haber evaluado diadas con buena calidad marital y bien ajustadas. Así mismo, el diseño transversal hace considerar los resultados con precaución, ya que estos no muestran causalidad. Dado que la relación de pareja,

el apoyo y la calidad de vida son procesos que cambian a lo largo del tratamiento de la enfermedad, con tal diseño no es posible asegurar los cambios identificados en las variables de interés. Por lo anterior, se sugiere llevar a cabo investigaciones con diseños longitudinales y estudios multicéntricos.

Conjuntamente los instrumentos utilizados, pudieron haber sido una limitación en cuanto a las asociaciones y diferencias encontradas. Particularmente el que mide apoyo social contiene ítems que pudieran considerarse culturalmente sólo femenino, dejando de lado el apoyo que pudiera demandar un cónyuge de una paciente oncológica. Igualmente, registrar el impacto de otras variables de confusión (ingreso económico, otras fuentes de apoyo o lugar de residencia) en estudios futuros sería de gran valor para poder comprender con precisión las relaciones identificadas entre variables de estudio.

Este trabajo es uno de los primeros en dar a conocer que el ajuste diádico y apoyo social en la relación de pareja se encuentran asociados con la calidad de vida de pacientes mexicanas con CaMa. Realizar entrevistas cara a cara con cada participante y considerar a las parejas dentro de las evaluaciones, contribuyó a dar cuenta del rol de la pareja en el bienestar de las pacientes a través de la relación diádica. Así mismo, los resultados obtenidos proporcionan información sobre las características particulares que presentan las pacientes con CaMa, así como sus parejas mexicanas desde el diagnóstico hasta los seis meses después.

En conclusión, dado el efecto del diagnóstico y tratamiento del CaMa y la contribución diádica de la pareja, es de vital importancia que las intervenciones psicosociales sean abordadas desde una perspectiva en la que los miembros de la pareja sean considerados como una unidad de intervención y no como miembros independientes, a partir del comienzo de la enfermedad y hasta la sobrevivencia.



## Referencias

- Aaronson, N. (1988). Quality of life: What is it? How should it be measured? *Oncology*, 2(5), 11-16.
- Aaronson, N., Ahmedzai, S., Bergman, B., Bullinger, M., Cull, A., Duez, N. J., & Takeda, F. (1993). The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: A Quality-of-Life Instrument for Use in International Clinical Trials in Oncology. *Journal of the National Cancer Institute*, 85(5), 365-376. <http://doi.org/10.1093/jnci/85.5.365>
- Adams, E., MacCann, L., Armes, J., Richardson, A., Stark, D., Watson, E., & Hubbard, G. (2011). The experiences, needs and concerns of younger women with breast cancer: a meta ethnography. *Psycho-Oncology*, 20, 851-861.
- Aduna, A. (1998). *Afrontamiento, apoyo social y solución de problemas en estudiantes universitarios. Estudio experimental*. Tesis no publicada de maestría. UNAM Ciudad de México, México.
- Aerts, L., Christiaens, M. R., Enzlin, P., Neven, P., & Amant, F. (2014). Sexual functioning in women after mastectomy versus breast conserving therapy for early-stage breast cancer: a prospective controlled study. *The Breast*, 23(5), 629-636.
- Ali, A., & Warner, P. (2013). Breast Cancer Program for Young Women. *Current Oncology*, 20(1), 34-39.
- Alianza Mexicana por el Cáncer MILC (2016). Juntas contra el Cáncer de mama. *Manual para mujeres jóvenes, Programa de mujeres jóvenes*.(1era. Ed.) México
- Alzugaray, C., & García, F. (2015). *Relaciones de pareja y bienestar psicológico*. En Bilbao Páez, D., & Oyanedel, J.C. [Eds.], La felicidad de los chilenos. Estudios sobre el bienestar (pp. 237-252).
- American Cancer Society (2017). *Cáncer de seno*, disponible en: <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-seno/acerca.html>
- Anastasi, A., y Urbina, S. (1998). Los tests psicológicos. México: Prentice Hall.
- Antonucci, T., & Akiyama, H. (1987). An examination of sex differences in social support among older men and women. *Sex Roles*, 17(11-12), 737-749.
- Ardila, R. (2003). Calidad de vida: una definición integradora. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 35(2), 161-164.
- Avci, I., & Kumcagiz, H. (2011). Marital Adjustment and loneliness status of women with mastectomy and husbands reactions. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 12, 453-459.
- Avci, I., Okanli, A., Karabulutlu, E., & Bilgili, N. (2009). Women's marital adjustment hopelessness levels after mastectomy. *European Journal of Oncology Nursing*, 13, 299-303.
- Badr, H., Carmack, C., Kashy, D., Cristofanilli, M., & Revenson, T. (2010) Dyadic Coping in Metastatic breast cancer. *Health Psychology*, 29(2), 169-180.
- Baider, L. (2003). Cáncer y familia: aspectos teóricos y terapéuticos. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 3(19), 505-520.
- Bard, H. & Shen, M. (2014). Pain catastrophizing, pain intensity, and dyadic adjustment influence patient and partner depression in metastatic breast cancer. *Journal Clinical Pain*, 13(11), 923-933.
- Baucom, D., Porter, L., Kirby, J., Gremore, T., & Keefe, F. (2006). Psychosocial issues confronting young women with breast cancer. *Breast Disease*, 23(1), 103-113.
- Baucom, D., Porter, L., Kirby, J., Gremore, T., Wiesenthal, N., Aldridge, W., Fredman, S., Stanton, S., Scott, J., Halford, K. & Keefe, F. (2009) A couple-based intervention for female breast cancer. *Psycho-Oncology*, 18, 276-283.
- Bauer, K., Brown, M., Cress, R., Paris, C., & Caggiano, V. (2007). Descriptive analysis of estrogen receptor (ER)-negative, progesterone receptor (PR)-negative and HER2- negative invasive breast cancer, the so-called triple-negative phenotype: a population-based study from the California cancer Registry. *Cancer*, 109(9), 1721-1728.

- Belcher, A., Laurenceau, J., Graber, E. C., Cohen L., Dasch, K. B., & Siegel, S. D. (2011). Daily Support in couples coping with early stage breast cancer: maintaining intimacy during adversity. *Health Psychology, 30*(6), 665-673
- Beltrán, A. (2013). *Cáncer de mama*. México: Trillas
- Bernas, B., Tucker, J., Winkelman, D., & Katz, J. (2000) Marital satisfaction in couples with rheumatoid arthritis. *Arthritis Care Research, 13*(3), 149-155.
- Blanco, R. (2010) Imagen corporal femenina y sexualidad en mujeres con cáncer de mama. *Index de Enfermería, 19*(1), 24-28.
- Boeding, S. E., Pukay-Martín, N., Baucom, D., Porter, L., Kirby, J., Gremore, T., & Keefe, F. J. (2014) Couples and breast cancer: Women's mood and partners' marital satisfaction predicting support perception. *Journal of Family Psychology, 28*(5), 675-683.
- Borstelman A., Rosenberg S.M., Ruddy K.J., Tamimi R.M., Gelber S., Schapira, L., & Partridge, A.H., (2015). Partner support and anxiety in young women with breast cancer. *Psycho-Oncology, 24*, 1679-1685.
- Breast Cancer (2017). Cáncer de mama, disponible en: <http://www.breastcancer.org/es/sintomas/diagnostico/estadio>
- Camacho, M.E., & Reyes-Ortiz, C.A. (2005). Sexual dysfunction in the elderly: age or disease? *International Journal of Impotence, 17*(1), 52-56.
- Cardona, A., y Agudelo, G. (2005). *Construcción cultural del concepto calidad de vida*. Recuperado el día 7 de septiembre de 2015, de Revista Facultad Nacional de Salud Pública, Sitio web: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12023108>
- Cardoso, F., Loibl, S., Pagani, O., Graziottin, A., Panizza, P., Martincich, L., & Harbeck, N. (2012). The European Society of Breast Cancer Specialists, recommendations for the management of young women with breast cancer. *European Journal of Cancer, 18*, 3355-3377.
- Carver, C., Pozo-Kaderman, C., Price, A., & Moffat, F.L. (1998). Concern about aspects of body image and adjustment to early stage breast cancer. *Psychosomatic Medicine, 60*(2), 268-174.
- Castro, R., Campero, L., y Hernández, B. (1997). Investigación sobre apoyo social en salud: situación actual y nuevos desafíos. *Revista de Saúde Pública, 31*(4), 425-435.
- Cerezo, O., Oñate-Ocaña, L.F., Arrieta-Joffe, P., González, F., García-Pasquel, M. J., Bargalló-Rocha, E., & Vilar-Compte, D. (2012). Validation of the Mexican-Spanish version of the EORTC QLQ-C30 and BR23 questionnaires to assess health-related quality of life in Mexican women with breast cancer. *European Journal of Cancer Care, 21*(5), 684-691.
- Cevera S. y Aubá E. (2005). Calidad de vida y dinámica familiar tras el diagnóstico de cáncer de mama. *Boletín de Psicología, 85*, 7-19.
- Champion, L., Wagner, L., Monahan, P., Daggy, J., Smith, L., Cohee, A..., & Sledge Jr. (2014). Comparison of younger and older breast cancer survivors and age-matched controls on specific and overall quality of life domains. *Cancer, 120*, 2237- 2246
- Cheng, H., Sit, J. W., Chan, C., So, W., Chow, Choi, K., & Cheng, K. (2013) Social support and quality of life among Chinese breast cancer survivors findings from a mixed methods study. *European Journal of Oncology Nursing, 17*, 788-796.
- Chibnall, J. T., & Tait, R. C. (1990). The quality of life scale: A preliminary study with chronic pain patients. *Psychology and Health, 4*, 283-292.
- Chou, A., Stewart, S., Wild, R., & Bloom, J. (2012). Social support and survival in young women with breast carcinoma. *Psycho-Oncology, 21*, 125-133.
- Chung, M., Moser, D., Lennie, T., & Rayens, M. (2009). The effects of depressive symptoms and anxiety on quality of life in patients with heart failure and their spouses: Testing dyadic dynamics using Actor- Partner interdependence model. *Journal of Psychosomatic Research, 67*, 29-35.
- Cienfuegos, Y.I. y Díaz-Loving R. (2011) Red social y apoyo percibido de la pareja y otros significativos: una validación psicométrica. *Enseñanza e Investigación en Psicología, 16*(1), 27-39.

- Cienfuegos, Y.I. (2004). *Evaluación del conflicto, satisfacción marital y apoyo social en mujeres violentadas: un estudio comparativo*. Tesis no publicada de licenciatura. UNAM, Ciudad de México, México.
- Cienfuegos, Y.I. (2010). *Violencia en la relación de pareja: una aproximación desde el modelo ecológico*. Tesis no publicada de doctorado. UNAM, Ciudad de México, México.
- Consenso Mexicano sobre Diagnóstico y Tratamiento de Cáncer Mamario. (2017). Séptima Revisión. Rev. Gamo.
- Cook, W., & Kenny D. (2005). The Actor-Partner interdependence model: A model of bidirectional effects in developmental studies. *International Journal of Behavioral Development*, 29(2), 101-109.
- Cordova, M.J., Giesse-Davis, J., Golant, M., Kronenwetter, C., Vickie C., & Spiegel D. (2007). Breast cancer as trauma: Posttraumatic stress and posttraumatic growth. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 14(4), 308-319.
- Coyne, E., & Borbasi, S. (2006). Holding it all together: breast cancer and its impact on life for younger women. *Contemporary Nurse*, 23, 157-169.
- Cuenca, M. (2013). Ajuste diádico en la pareja: revisión teórica. *Psicología Clínica, Legal y Forense*, 13, 177-189.
- Cull, A., Sprangers, M., Bjordal, K., Aaronson, N., West, K., & Bottomley, A. (2002). "EORTC Quality of Life Group Translation Procedure". *EORTC Working Document*. Brussels: EORTC Publications
- Dennis, R., Williams, W., Giangreco, M., y Cloninger, Ch. (1993). Calidad de vida como contexto para la planificación y evaluación de servicios para personas con discapacidad. *Siglo Cero*, 25, 155, 5-18.
- DeRijk, R., Michelson, D., Karp, B., Petrides, J., Galliven, E., Deuster, P..., & Sternberg, E.M. (1997). Exercise and circadian rhythm-induced variations in plasma cortisol differentially regulate interleukin-1beta (IL-1beta), IL-6, and tumor necrosis factor-alpha (TNF alpha) production in humans: high sensitivity of TF alpha and resistance of IL-6. *Journal Clinical Endocrinol Metabolism*, 82(7), 2182-2191.
- Diaz-Loving, R. (1996). Una teoría bio-psico-socio-cultural de la relación de pareja. *Revista de Psicología Contemporánea*, 3(1), 18-29.
- Diaz-Loving, R. (1999). Una teoría bio-psico-socio-cultural de la relación de pareja. En Diaz-Loving, R. (comp.) *Antología psicosocial de la pareja* (pp 13-33), Ciudad de México, México: Asociación mexicana de psicología social.
- Dorros, S., Card, N., Segrin, C., & Bedger, T. (2010). Interdependence in women with breast cancer and their partners: An interindividual model of distress. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(1), 121-125.
- Douglass, L.G. (1990). *Marital reciprocal support in the context of cancer*. Tesis Doctoral. The university of Arizona, United States of America.
- Durá, E., y Garcés, J. (1991). La teoría del apoyo social y sus implicaciones para el ajuste psicosocial de los enfermos oncológicos. *Revista de Psicología Social*, 6(2), 257-271.
- European Society for Medical Oncology (2013). *ESMO Clinical practice guidelines breast cancer*, disponible en: <http://www.esmo.org/Guidelines/Breast-Cancer>.
- Farhadifar, F., Taymoori, P., Bahrani, M., & Zarea, S. (2015). The relationship of social support concept and repeat mammography among Iranian women. *Biomed Central Women's Health*, 15(92), 2-8.
- Fife, B., Weaver, M., Cook, W., & Stump, T. (2013). Partner interdependence and coping with life-threatening illness: The impact on dyadic adjustment. *Journal of Family Psychology*, 27(5), 702-711.
- Fobair, P., Stewart, S.L., Chang, S., D'Onofrio, C., Banks, P.J., & Bloom, J.R. (2006). Body image and sexual problems in young women with breast cancer. *Psychooncology*, 15(7), 579-594.
- Frost, M., Suman, V., Rummans, T., Dose, A.M., Taylor, M., Novotny, P...& Evans, R. (2000). Physical, psychological and social well-being of women with breast cancer: the influence of disease phase. *Psychooncology*, 9(3), 221-231.

- Gálvez-Hernández, C. L., González-Robledo, M. C., Barragán-Carrillo, R., & Villarreal-Garza, C. (2017). Special needs of young women with breast cancer in limited resource settings. *Revista de Investigación Clínica*, 69, 210-222.
- Gambara, H. (1997). Reseña de "Apoyo social" de Ana Barrón. *Psicothema*, 9(2), 457-461.
- García, J. A. (2002). La estructura de la pareja: Implicaciones para la terapia cognitivo conductual. *Clínica y Salud*, 13(1), 89-125.
- García, S., y Navarro, L. (1997). *El perfil del terapeuta sistémico en teoría de pareja*. México UNAM.
- García-Viniegras, C. y González, M. (2007). Bienestar psicológico y cáncer de mama. *Avances en Psicología Latinoamericana (Colombia)*, 25(1), 72-80.
- Gareau, A., Fitzpatrick, J., Gaudreau, P., & Lafontaine, M. (2016). Analyzing, interpreting and testing the invariance of the Actor-Partner interdependence model. *The Quantitative Methods for Psychology*, 12(2), 101-113.
- Geisser, M., Cano, A. & Leonard, M. (2005). Factors associated with marital satisfaction and mood among spouses of persons with chronic back pain. *The Journal of Pain*, 6(8), 518-525.
- Geue, K., Schmidt, R., Sender, A., Sauter, S., & Friedrich M. (2015). Sexuality and romantic relationships in young adult cancer survivors: Satisfaction and supportive care needs. *Psycho-Oncology*, 24(11), 1368-1376.
- GLOBOCAN (2012). Disponible en: <http://globocan.iarc.fr>
- Gnerlich, L., Deshpande, D., Jeffe, B., Sweet, A., White, N., & Margenthaler, A. (2009). Elevated breast cancer mortality in women younger than age 40 years compared with older women is attributed to poorer survival in early-stage disease. *Journal of the American College of Surgeons*, 3, 341-347.
- González, I. (2002). Sexualidad en la tercera edad. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 18(3), 220-222.
- Gorguet-Pi, L., (2008), *Comportamiento sexual humano*. Santiago de Cuba: Oriente.
- Hagedoorn, M., Buunk, B.P., Kuijer, R.G., Wobbles, T., & Sanderman, R. (2000). Couples dealing with cancer: role and gender differences regarding psychological distress and quality of life. *Psychooncology*. 9(3), 232-242.
- Hagedoorn, M., Kuijer, R., Buunk, B., DeJong, G., Wobbles, T., & Sanderman, R. (2000). Marital satisfaction in patients with cancer: Doer support from intimate partners benefit those who need it most? *Health Psychology*, 19(3), 274-282.
- Hasson-Ohayon, I., Goldzweig, G., Braun, M., & Galinsky, D. (2010). Women with advanced breast cancer and their spouses: diversity of support and psychological distress. *Psycho-Oncology*, 19, 1195-1204.
- Hernández, D., Borges, R., Márquez, G., y Betancourt, L. (2010). Factores de riesgo conocidos para Cáncer de mama. *Revista Venezuela de Oncología*, 22(1), 16-31.
- Hernández-Sampieri, R., Fernández-Collado, C., y Baptista-Lucio, M.P. (2014). *Metodología de la investigación*. 6<sup>o</sup> ed. México: Mc Graw Hill.
- Hernández-Avila, M, Garrido-Latorre, F., y López-Moreno, S. (2000). Diseño de estudios epidemiológicos. *Salud Pública de México*, 42(2), 146-154.
- Hinnen, C., Ranchor, A. V., Baas, P., Sanderman, R., & Hagedoorn, M. (2009). Partner support and distress in women with breast cancer: the role of patient's awareness of support and level of mastery. *Psychology & Health*, 24(4), 439-455.
- Hungr, C., Sánchez-Varela, V., & Bober, S.L. (2017). Self-Image and sexuality issues among young women with breast cancer: Practical recommendations. *Revista de Investigación Clínica*, 69(2), 114-122.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2013). *Principales causas de mortalidad por residencia habitual, grupos de edad y sexo del fallecido*, disponible en: <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/registros/vitales/mortalidad/tabulados/ConsultaMortalidad.asp>
- Instituto Nacional del Cáncer (2016). Cáncer de seno (mama): *Tratamiento- versión para profesionales de la salud*, disponible en: <http://www.cancer.gov/espanol/tipos/seno/pro/tratamiento-seno-pdq>

- Instituto Nacional de Cancerología (2013). *Unidades funcionales*, disponible en: [http://www.incan-mexico.org/incan/incan13.jsp?iu\\_p=/medicos/medicina-interna-unidades-funcionales.xml](http://www.incan-mexico.org/incan/incan13.jsp?iu_p=/medicos/medicina-interna-unidades-funcionales.xml)
- Jacobson, N. S., & Addis, M. (1993). Research on couples and couple therapy: What do we know? Where are we going? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *61*, 85-93.
- Jenkins, V., Shilling, V., Deutsch, G., Blomfield, D., Morris, R., Allan, S., & Winstanley, J. (2006) A 3 year prospective study of the effects of adjuvant treatments on cognition in women with early stage breast cancer. *Breast Journal Cancer*, *94*(6), 828-834.
- Jones, L.A. (2006). Fertility and pregnancy after breast cancer. *The Breast* *15*(2), 41–46.
- Karademas, E., & Giannousi, Z. (2013). Representations of control and psychological symptoms in couples dealing with cancer: A dyadic-regulation approach. *Psychology & Health*, *28*(1), 67-83.
- Karan, A., Wright, R., & Robbins, M. (2017) Everyday emotion word and personal pronoun use reflects dyadic adjustment among couples coping with breast cancer. *Personal Relationships*, *24*, 36–48
- Karney, B., & Bradbury, T. (1995).The Longitudinal Course of Marital Quality and Stability: A Review of Theory, Method, and Research. *Psychological Bulletin*, *118*(1), 3-34.
- Kausar, R. & Saghir, S. (2010). Posttraumatic growth and marital satisfaction after breast cancer: patient and spouse perspective. *Journal of Social and Clinical Psychology*, *8*(1), 3-17.
- Keefe, F.J., Caldwell, D., Baucom, D., Salley, A., Robinson, E., Timmons, K..., & Helms, M. (1996). Spouse-assisted coping skills training in the management of osteoarthritic knee pain. *Arthritis & Rheumatology*, *9*(4), 279-291.
- Keskin, G., & Gumus, A. (2011). Turkish hysterectomy and mastectomy patients- depression, body image, sexual problems and spouse relationships. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, *12*, 425-432.
- Kiecolt-Glaser, J., & Newton, T. (2001). Marriage and Health: his and hers. *Psychological bulletin*, *127*(4), 472-503.
- Kiecolt-Glaser, J., Fisher, L.D., Ogrocki, P., Stout, J.C., Speicher, C.E., & Glaser, R. (1987) Marital quality, marital disruption and immune function. *Psychosomatic Medicine*, *49*(1), 13-34.
- Kiecolt-Glaser, J., Glaser, R., Cacioppo, J.T., MacCallum, R.C., Snydersmith, M., Kim, C., & Malarkey, W.B. (1997). Marital conflict in older adults: endocrinological and immunological correlates. *Psychosomatic Medicine*, *59*(4), 339-349.
- Kiecolt-Glaser, J., Malarkey, W.B., Chee, M., Newton, T., Cacioppo, J.T., Mao, H.Y., & Glaser, R. (1993). Negative behavior during marital conflict is associated with immunological down-regulation. *Psychosomatic Medicine*, *55*(5), 395-409.
- Kinsinger, S., Laurenceau, J., Carver, C., & Antoni, M. (2011) Perceived partner support and psychosexual adjustment to breast cancer. *Psychology & Health*, *26*(12),1571-1588.
- Kirchhoff, A., Yi, J., Wright, J., Warner, E., & Smith, K. (2012). Marriage and divorce among young adult cancer survivors. *Journal of Cancer Survivorship*, *6*(4), 1-10
- Kissane, D.W., Love, A., Hatton, A., Bloch, S., Smith, G., Clarke, D.M..., & Snyder, R. (2004). Effect of cognitive-existential group therapy on survival in early stage breast cancer. *Journal of Clinical Oncology*, *21*(1), 4255-4260.
- Knaul, F., Bustreo, F., Ha, E., & Langer, A. (2008). Breast cancer: Why link early detection to reproductive health interventions in developing countries? *Salud Pública de México*, *51*(2), 220-227.
- Knaul, F., 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.
- Kraemer, L., Stanton, A., Meyerowitz, B., Rowland, J., & Ganz, P. (2011) A longitudinal examination of couples' coping strategies as predictors of adjustment to breast cancer. *Journal of Family Psychology*, *25*(6), 963-972.

- Kwong, A., Cheung, P., Chan, S., & Lau, S. (2008). Breast cancer in Chinese women younger than age 40: Are they different from their older counterparts? *World Journal of Surgery*, *32*, 2554-2561.
- Lara-Medina, F., Pérez-Sánchez, V., Saavedra-Pérez, D., Blake-Cerda, M., Arce, C., Motola-Kuba, D..., & Arrieta, Ó. (2011) Triple-negative breast cancer in Hispanic patients: high prevalence, poor prognosis, and association with menopausal status, body mass index, and parity. *Cancer*, *117*(16), 3658-3669.
- Lee, M., Bhati, R., Von Rottenthaler, E., Reagan, A.M., Karver, S.B., Reich, R.R., & Quinn, G.P. (2013) Therapy choices and quality of life in young breast cancer survivors: a short-term follow-up. *The American Journal of Surgery*, *5*, 625-631.
- Lewis, M., McBride, C., Pollak, K., Puleo, E., Butterfield, R., & Emmons, K. (2006). Understanding health behavior change among couples: an interdependence and communal coping approach. *Social Science & Medicine*, *62*, 1369-1380.
- Londoño, C., Contreras, F., Delgadillo, G., Tobón, S., y Vinaccia, S. (2005). Barreras para el manejo efectivo del dolor crónico. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, *10*(1), 25-31.
- López, O., Lazcano, E.C., Tovar, V., y Hernández, M. (1997). La epidemia del cáncer de mama en México ¿Consecuencias de la transición demográfica? *Salud Pública de México*, *39*(4), 259-265.
- López-Carrillo, L., Suárez-López, L. y Torres-Sánchez, 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.
- Love, R., Duc, B., Dinh, V., Quy, T., Xin, Y., & Havighurst, C. (2002) Young age as an adverse prognostic factor in premenopausal women with operable breast cancer. *Clinical Breast Cancer*, *2*(4), 294-298.
- Mackenzie, C. (2015) Breast cancer survivor's experiences of partner support and physical activity participation. *Psycho-Oncology*, *24*, 1197-1203.
- Makanjuola, D., Alkushi, A., Alzaid, M., Abukhair, O., Al Tahan, F., & Alhadad, A. (2014). Breast cancer in women younger than 30 years: prevalence rate and imaging findings in a symptomatic population. *Pan African Medical Journal*, *19*(35),
- Manne, S. & Bard, H. (2008). Intimacy and Relationship Processes in Couples' Psychosocial Adaptation to Cancer. *Journal Family Psychology*, *112*(110), 2541-2555.
- Manne, S., Kashy, D., Siegel, S., Myers, S., Heckman, C., & Ryan, D. (2014). Unsupportive partner behaviors, social-cognitive and psychological outcomes in couple coping with early stage breast cancer. *Journal Family Psychology*, *28*(2), 214-224.
- Manne, S., Kashy, D., Weinberg, D., Boscarino, J., & Bowen, D. (2012). Using the interdependence model to understand spousal influence on colorectal cancer screening intentions: A structural equation model. *Annals of Behavioral Medicine*, *43*, 320-329.
- Manne, S., Ostroff J., Sherman, M., Glassman, M., Ross, S., Goldstein, L., & Fox, K. (2003). Buffering effects of family and friend support on associations between partner unsupportive behaviors and coping among women with breast cancer. *Journal of Social and Personal Relationships*, *20*, 771-792.
- Manne, S., Ostroff, J., Winkel, G., Goldstein, L., Fox, K. & Grana, G. (2004). Posttraumatic growth after breast cancer: Patient, partner and couple perspectives. *Psychosomatic Medicine*, *66*(3), 442-454.
- Manne, S., Ostroff J., Winkel, G., Grana, G., & Fox, K. (2005) Partner unsupportive responses, avoidant coping, and distress among women with early stage breast cancer: patient and partner perspectives. *Health Psychology*, *24*(6), 635-641.
- Mansilla, M.E. (2000) Etapas del desarrollo humano. *Revista de Investigación en Psicología*, *3*(2), 105-116.
- Masters, W., y Johnson, V. (1981). *Respuesta sexual humana*. Buenos Aires: Intermedica
- Mayne, T., O'leary, A., McCrady, B., Contrada, R., & Labouvie, E. (1997). The differential effects of acute marital distress on emotional, physiological and immune functions in maritally distressed men and woman. *Psychology & Health*, *12*(2), 277-288.

- Mera, P., y Ortiz, M. (2012) La relación del optimismo y las estrategias de afrontamiento en la calidad de vida de mujeres con cáncer de mama. *Terapia Psicológica*, 30(3), 69-78.
- Miller, G. E., Cohen, S., Rabin, B. S., Skoner, D. P., & Doyle, W. J. (1999). Personality and tonic cardiovascular, neuroendocrine, and immune parameters. *Brain Behavior and Immunity*, 13(2), 109–123.
- Mohar, A., Reynoso, N., Villarreal-Garza, C., Bargalló-Rocha, J.E., Arce-Salinas, C., y Lara-Medina, F. (2015). Cáncer de mama en el Instituto Nacional de Cancerología. Experiencia del seguro popular 2007-2013. *Revista Mexicana de Mastología*, 5(1), 6-11.
- Mora-Ríos , J., Bautista-Agular, N., Natera, G., y Pedersen, D. (2013). Adaptación cultural de instrumentos de medida sobre estigma y enfermedad mental en la Ciudad de México. *Salud Mental*. 36(1), 9-18.
- Moral, D.R. (2009). Estudio de validación de la Escala de Ajuste Diádico (DAS) en población mexicana. *Revista Internacional de Ciencias Sociales y Humanidades*, 19(1), 113-138.
- Moreira, H., Crespo, C., Pereira, M., & Canavarro, M. (2010). Marital quality among women with breast cancer: the role of marital intimacy and quality of life. *Psicooncología*, 7(1), 61-80.
- Nina-Estrella, R. (2011). ¿Qué nos mantiene juntos? Explorando el compromiso y las estrategias de mantenimiento en la relación marital. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 13(2), 197-220.
- Northouse, L., Mood, D., Kershaw, T., Shafenacker, A., Mellon, S., Walker, J..., & Decker, V. (2002). Quality of life women with recurrent breast cancer and their family members. *Journal of Clinical Oncology*, 20(19), 4050-4064.
- Organización Mundial de la Salud (2012). *Las 10 principales defunciones*, disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/es/index1.html>
- Organización Mundial de Salud (2005). *Concepto de calidad de vida*, disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/es/index1.html>
- Pan American Health Organization, OMS (2013), *Cancer mortality is declining in some countries of the Americas-new PAHO/WHO report*, disponible en: [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=9135%3A2013-cancer-mortality-declining-some-countries-americas-new-paho-who-report&Itemid=1926&lang=en](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9135%3A2013-cancer-mortality-declining-some-countries-americas-new-paho-who-report&Itemid=1926&lang=en)
- Ortega, A. (2017). *Necesidades de apoyo en la atención y resiliencia en mujeres jóvenes con cáncer de mama*. Tesis no publicada de licenciatura. UNAM, Ciudad de México, México
- Partridge, H., & Ruddy, J. (2007). Fertility and adjuvant treatment in young women with breast cancer. *The Breast*, 16(2), 175-181.
- Partridge, H. (2013). Cancer survivorship and the young breast cancer patient: addressing the important issues. *Oncologist*, 18(8), 19-20.
- Partridge, H., Gelber, S., Peppercorn, J., & Winer, E. (2004) Web-based survey of fertility issues in young women with breast cancer. *Journal Clinical Oncology*, 22(20), 4174-4183.
- Partridge, H., Ruddy, J., Kennedy, J., & Winer, P. (2012). Model program to improve care for a unique cancer population: young women with breast cancer. *Journal Oncology Practice*, 8(5), 105-110.
- Paterson, C.L., Lengacher, C.A., Donovan, K.A., Kip, K.E., & Tofthagen, C.S. (2016). Body image in younger breast cancer survivors: A Systematic Review. *Cancer Nursing*, 39(1), 39-58.
- Pérez, V.T. (2008). Sexualidad humana: una mirada desde el adulto mayor. *Revista Cubana de Medicina General Integra*, 24(1), 1-8.
- Pistrang, N. & Barker, C. (1995). The partner relationship in psychological response to breast cancer. *Social Science and Medicine*, 40, 789–797.
- Pitcaethly, C. & Maguire, P. (2003). The psychological impact of cancer on patient's partners and other key relatives: a review. *European Journal of Cancer*, 39, 1517-1524.
- Ptacek, J., Pierce, G., Dodge, K., & Ptacek, J.J. (1997). Social support in spouses of cancer patients: what do they get and to what end? *Personal Relationships*, 4, 431-449.

- Reyna, C. & Lee, M. (2014). Breast cancer in young women: special considerations in multidisciplinary care. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 7, 419-429.
- Robbins, M., Mehl, M., Smith, H., & Wehs, K. (2012). Linguistic indicators of patient, couple and family adjustment following breast cancer. *Psychooncology*, 22(7), 1501-1508.
- Robles, T.F., & Kiecolt-Glaser, J. (2003). The physiology of marriage: pathways to health. *Physiology & Behavior*, 79(3), 409-416.
- Roche, R. (2006). *Salud mental y felicidad, Psicología de la pareja y de la familia*. Análisis y optimización. 2° ed. España, Barcelona: Bellaterra.
- Rodríguez-Cuevas, S., Guisa-Hohenstein, F. & Labastida, S. (2009) First breast cancer mammography screening program in Mexico: initial results 2005-2006. *Breast Journal*, 15(6), 623-631.
- Rodríguez-Marín, J., Pastor, Ma. A., y López, S. (1993). Afrontamiento, apoyo social, calidad de vida y enfermedad. *Psicothema*, 5, 349-372.
- Romano, J., Turner, J., Jesen, M., Friedman, L., Bulcroft, R., Hops, H., & Wright S., (1995) Chronic pain patient-spouse behavioral interactions predict patient disability. *Pain*, 63(3), 353-360.
- Rottman, N., Hansen, D., Larsen, P., Nicolaisen, A., Flyger, H., Johansen, C., & Hagedoom, M. (2015) Dyadic coping within couples dealing with breast cancer a longitudinal, population based study. *Health Psychology*, 34(5), 486-495.
- Rusbult, C.E., & Van, P. (2003). Interdependence, interaction, and relationships. *Annual Review of Psychology*, 54, 351-375.
- Sackett, D., Haynes, R. B., & Tugwell, P., (1994), *Epidemiología clínica ciencia básica para la medicina clínica*. Madrid-España: Médica panamericana,
- Sánchez-Aragón, R. y Díaz-Loving, R. (1999). Evaluación del ciclo de acercamiento-alejamiento. *Antología psicosocial de la pareja (pp37-107)*, Ciudad de México, México: Asociación mexicana de psicología social.
- Sánchez-Aragón R. (1995). *EL amor y la cercanía en la satisfacción de pareja a través del ciclo de vida*. Tesis no publicada de maestría. UNAM, Ciudad de México, México.
- Sawin, E. (2012). The body gives way, things happen: older women describe breast cancer with a non- supportive intimate partner. *European Journal of Oncology Nursing*, 16, 64-70.
- Scorsolini, F., & Dos Santos, M. A. (2013). Correlations between subjective well-being, dyadic adjustment and marital satisfaction in Brazilian married people. *Spanish Journal of Psychology*, 15(1), 166-176.
- Segrin, C., & Badger, T. (2013). Psychological and physical distress are interdependent in breast cancer survivors and their partners. *Psychology Health & Medicine*, 19(6), 716-723.
- Segrin, C., Badger, T., & Harrington, J. (2012). Interdependent psychological quality of life in dyads adjusting to prostate cancer. *Health Psychology*, 31(1), 70-79.
- Segrin, C., Badger, T., Dorros, S., Meek, P., & López, A.M. (2007). Interdependent anxiety and psychological distress in women with breast cancer and their partners. *Psycho-Oncology*, 16, 634-643.
- Segrin, C., Badger, T., Meek, P., López, A.M., Bonham, E., & Sieger, A. (2005). Dyadic interdependence on affect and quality-of-life trajectories among women with breast cancer and their partners. *Journal of Social and Personal Relationships*, 22(5), 673-689.
- Sherman, D.W., Haber, J., Hoskins, C.N., Budin, W.C., Maislin, G., Cater, J..., & Rosedale, M. (2009). Differences in physical, emotional and social adjustment of intimate, family and nonfamily patient-partner dyads based on breast cancer intervention study. *Oncology Nursing Forum*, 36(4), 185-197.
- Sidoni, A., Cavaliere, A., Bellezza, G., Scheibel, M., & Bucciarelli, E. (2003). Breast cancer in young women: clinic pathological features and biological specificity. *The Breast*, 12, 247-250.



- Sneed, N.V., Edlund, B. & Dias, J. (1992). Adjustment of gynecological and breast cancer patients to the cancer diagnosis: comparisons with males and females having other cancer sites. *Health Care for Women International*, 13(1), 11-22.
- Sotto, M., Ribeiro, O., y Paúl, C. (2008) Satisfacción percibida en el cuidado de ancianos. *Gerokomos*, 19(3), 121-127.
- Sotto, M., Ribeiro, O. y Paúl, C. (2009) Percepción de la satisfacción de cuidadores de personas con demencia y se cuidadores de personas con AVC. *Revista Latinoamericana*, 17(5), 1-6.
- Spanier, G. (1976). Measuring Dyadic Adjustment: New scale for assessing the quality of marriage and similar dyads. *Journal of Marriage and Family*, 38(1),15-28.
- Stella, F. (2002). La sexualidad en pacientes con Cáncer de mama o cérvix sometidas a tratamiento quirúrgico en el Hospital General, Hospital San Vicente de Paúl e Instituto de Cancerología de la Clínica de las Américas. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 33(4), 329-343.
- Sternberg, R. J. (1986). A triangular theory of love. *Psychological Review*, 93(2), 119-135
- Stulez, A., Boiron, D., Duachy, S., Delalogue, S., & Brédart, A. (2014). Ajustement psychologique des couples confrontés à un cancer du sein: perceptions des comportements de soutien du conjoint. *Bulletin du Cancer Société Française du Cancer*, 101(7-8), 690-697.
- Tapia, L., y Poulsen, G.(2009). *La evaluación del Ajuste marital (AM)*.Series de Investigación Clínica en Terapia de ParejaN°1.Santiago de Chile, Ed. Facultad de Psicología. Universidad del Desarrollo. (En prensa)
- The WHOQOL Group, (1995) *The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Introduction, administration, scoring and version of the assessment*. Recuperado el 10 de octubre de 2015 de: [http://www.who.int/mental\\_health/media/en/76.pdf](http://www.who.int/mental_health/media/en/76.pdf)
- The WHOQOL Group, (1998)*The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Development and general psychometric properties* Soc. Sci. Med. Vol. 46, No. 12, pp. 1569-1585 Recuperado el 10 de octubre de 2015 de: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953698000094>
- Thewes, B., Butow, P., Girgis, A., & Pendlebury, S. (2014). The psychosocial needs of breast cancer survivors; a qualitative study of the shared and unique needs of younger versus older survivors. *Psychooncology*, 13(3), 177-189.
- Thompson, T., Rodebaugh, T., Pérez, M., Schootman, M., & Jeffe, D. (2013). Perceived social support change in patients with early stage breast cancer and controls. *Health Psychology*, 32(8), 886-895.
- Trevino, D., Young, E. H., Groff, J. & Jono, R.T., (1990) The association between marital adjustment and compliance with antihypertension regimens. *Journal of the American board of family medicine*, 3(1), 17-25.
- Valdés, M., Sapién, J., y Córdoba, D. (2003). Significados de satisfacción sexual en hombres y mujeres de la zona metropolitana. *Psicología y Ciencia Social*, 6(1), 34-48.
- Van Ommeren, M., Sharma, B., Thapa, S., Makaju, R., Prasain, D., & Bhattarai, R. (1999). Preparing instruments for transcultural research: Use of the translation monitoring form with nepali-speaking bhutanese refugees. *Transcultural Psychiatry*, 36(3), 285-301.
- Van, P. A., Rusbult, C., Drigotas, S., Arriaga, X., Witcher, B., & Cox, C. (1997). Willingness to sacrifice in close relationships. *Journal of Personality and Social Psychology*, 72(6), 1373-1395.
- Vara-Salazar, E., Suárez-López, L., Ángeles-Llerenas, M., Torres-Mejía, G., & Lazcano-Ponce, D. (2011) Tendencias de la mortalidad por cáncer de mama en México, 1980-2009. *Salud Pública de México*, 53, 385-393.
- Ventegodt, S., Merrick, J., & Andersen, N. (2003a). Quality of Life Theory I. The IQOL Theory: An Integrative Theory of the Global Quality of Life Concept. *The Scientific World Journal*, 3, 1030-1040.
- Ventegodt, S., Merrick, J., & Andersen, N. (2003b). Quality of life theory III. Maslow Revisited. *The Scientific World Journal*, 3, 1050-1057.

- Villarreal-Garza, C., Aguila, C., Magallanes-Hoyos, M., Mohar, A., Bargalló E., Meneses A..., & Barrios, C. (2013). Breast Cancer in Young women in Latin America: an unmet, growing burden. *The Oncologist, 18*, 26-34.
- Villarreal-Garza, C., Águila, C., Platas, A. y Lara-Guerra, H. (2014). Cáncer de mama en mujeres jóvenes en México: necesidades y retos clínicos. *Revista de Investigación Clínica, 66*(6), 547-558.
- Villarreal-Garza, C., Platas, A., Bargalló-Rocha, J.E., Lasa, F., Reynoso, N., Águila-Mancera C... y Mohar-Betancourt, A. (2015). Cáncer de mama en mujeres jóvenes. Experiencia en el Instituto Nacional de Cancerología. *Revista Mexicana de Mastología, 5*(1), 12-17.
- Vivar, G. (2012). Impacto psicosocial del Cáncer de mama en la etapa de larga supervivencia propuesta de un plan de cuidados integral para supervivientes. *Atención Primaria, 44*(5), 288-292.
- Wai-Ming, M. (2002). Psychological predictors of marital adjustment in breast cancer patients. *Psychology, Health & Medicine, 7*(1), 37-51.
- Wainstein, M. & Wittner, V. (2003). Enfoque psicosocial de la pareja. Aproximaciones desde la terapia de la comunicación y la terapia de solución de problemas. *Revista Psicodebate 4: Psicología, Cultura y Sociedad, 4*(4), 131-144.
- Waltz, M., Kriegel, W., & Pad-Bosch, P.V., (1998). The social environment and health in rheumatoid arthritis: marital quality predicts individual variability in pain severity. *Arthritis & Rheumatology, 11*(5), 356-374.
- Watts, K., Sherman, K., Mireskandari, S., Meiser, B., Taylor, A., & Tucker, K. (2014). Predictors of relationship adjustment among couples coping with a high risk of developing breast/ovarian cancer. *Psychology and Health, 26*(1), 21-39.
- Weihls, K., Enright, T., Howe, G., & Simmens, S.J. (2008) Marital satisfaction and emotional adjustment after breast cancer. *Journal of Psychosocial Oncology, 17*(1), 33-49.
- Weiss, T. (2002). Posttraumatic growth in women with breast cancer and their husbands. *Journal of Psychosocial Oncology, 20*(2), 65-80.
- Weiss, T. (2004). Correlates of posttraumatic growth in married breast cancer survivors. *Journal of Social and Clinical Psychology, 23*(5), 733-746.
- White, D., White, K., Cooper, K., & Vitetta, L., (2004), *Psychosocial impact in the areas of body image and sexuality for women with breast cancer*. Sydney: National Breast Cancer Centre (Australia)
- Yamamoto, S., Tazumi, K., & Arao, H. (2015) Support not corresponding to transition to a new treatment: women's perceptions of support provided by their male partners during hormonal therapy. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being, 10*, 1-9.
- Yancik, R., Wesley, M.N., Ries, L., Havlik, R.J., Edwards, B.K. & Yates, J.W. (2001). Effect of age and comorbidity in postmenopausal breast cancer patients aged 55 years and older. *Journal of the American Medical Association, 285*(7), 885-892.
- Yankaskas, B. (2006). Epidemiology of breast cancer in young women. *Breast Disease, 23*, 3-8.
- Yildirim, E., Dalgiç, T., & Berberoğlu, U. (2000). Prognostic significance of young age in breast cancer. *Journal of Surgical Oncology, 74*(4), 267-272.
- Zautra, A., Smith, B., Affleck, G., & Tennen, H. (2001). Examinations of chronic pain and affect relationships: Applications of a dynamic model of affect. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69*(5), 786-795.
- Zuñiga, C., Carrillo, J., Fos, P., Gandek, B., y Medina, M. (1999). Evaluación del estado de salud con la Encuesta SF-36: resultados preliminares en México. *Salud Pública de México, 42*(2), 110-118.

## APÉNDICES

### Apéndice 1. Factores de riesgo

<b>Factores de riesgo que contribuyen al desarrollo del CaMa</b>		
<b>Biológicos</b>	<b>Sexo</b>	Ser mujer es el mayor factor de riesgo, pues si bien los hombres también pueden presentar la enfermedad, las células mamarias de las mujeres crecen y cambian constantemente debido a la actividad hormonal (estrógeno y progesterona).
	<b>Edad</b>	El envejecimiento es el segundo factor más importante, a una edad de 30 a 39 años, el riesgo es 1 en 227 (0.44%), después de los 60 años el riesgo aumenta de 1 en 28 (4%).
	<b>Antecedentes familiares</b>	Familiares de línea directa, madre, hija o hermana, con diagnóstico de CaMa o varios familiares que han padecido CaMa u ovario (especialmente antes de los 50 años) tienen un mayor riesgo.
	<b>Antecedentes personales</b>	Si ya se tuvo un diagnóstico previo, el riesgo de una reaparición es mayor, en la misma mama o en la otra.
	<b>Raza</b>	Las mujeres blancas son más propensas a desarrollar la enfermedad en comparación con mujeres afroamericanas. Las mujeres asiáticas, latinas y nativas norteamericanas tienen un riesgo menor.
	<b>Menstruación temprana</b>	Mujeres que hayan tenido más ciclos menstruales, debido a que comenzaron la menstruación a una edad temprana (especialmente a los 12 años) se encuentran en mayor riesgo, esto debido a una mayor exposición a las hormonas durante la vida.
	<b>Menopausia tardía</b>	Mujeres con más ciclos menstruales (después de los 55 años) tienen ligeramente mayor riesgo, igualmente, debido a la exposición prolongada de hormonas.
	<b>Tejido mamario</b>	Las mujeres cuyos senos se muestran densos en los mamogramas (mayor tejido glandular y fibroso y menos tejido adiposo) tienen mayor riesgo de 1.5 a 2 veces mayor que las mujeres con densidad promedio.
	<b>Genes hereditarios</b>	Del 5% al 10% se originan por defectos genéticos (mutaciones) que se adquiere de uno de los padres, una de las principales mutaciones es la heredada en el gen BRCA1 o BRCA2, genes que en células normales ayudan a producir proteínas que reparan el ADN dañado.
<b>Ambientales</b>	<b>Exposición a radiación</b>	Mujeres tratadas con radioterapia en el tórax para otro tipo de cáncer (como Hodgkin o linfoma no Hodgkin) en edad joven tiene un riesgo significativamente mayor.
<b>Antecedentes reproductivos</b>	<b>Nuligesta</b>	Mujeres que no han tenido hijos o aquellas que tuvieron su primer hijo después de los 30 años.
	<b>Lactancia</b>	Algunos estudios sugieren que la lactancia podría disminuir el riesgo, sin embargo, ha sido difícilmente estudiado. Una explicación para dicho efecto, parece ser que la lactancia reduce el número total de ciclos menstruales.
	<b>Control natal</b>	Algunos métodos de control de la natalidad utilizan hormonas, lo cual aumenta el riesgo.
	<b>Terapia hormonal</b>	Ésta combinada con estrógenos (a menudo combinada con progesterona) usada para ayudar a aliviar los síntomas de la menopausia y prevención de osteoporosis, prolongada a más de 5 años, tienen alto riesgo.
<b>Estilo de vida</b>	<b>Peso</b>	El sobrepeso supone un riesgo elevado en especial a las mujeres postmenopáusicas, ya que mayor cantidad de tejido graso implica mayor nivel de estrógeno.
	<b>Dieta</b>	Presuntamente es un factor de riesgo (sin mucha certeza), pero es recomendable evitar carnes rojas y grasas animales, ya que pueden contener hormonas, factores de crecimiento, antibióticos y pesticidas.
	<b>Consumo de alcohol</b>	El alcohol puede afectar la función renal de control sobre los niveles de estrógeno en sangre.
	<b>Tabaquismo</b>	Mujeres fumadoras presentan mayor riesgo.

## Apéndice 2. Clasificación y estadificación del cáncer de mama

Sistema TNM se basa en:

T= tamaño del tumor primario

- Tx: Significa que no es posible medir o hallar el tumor.
- T0: Significa que no hay indicio alguno del tumor primario.
- Tis: Significa que el cáncer se encuentra “in situ” (el tumor no ha empezado a crecer en el tejido mamario sano).
- T1,T2,T3, T4: Los números se basan en el tamaño del tumor y la medida en que ha tomado tejidos circundantes, cuanto más alto el número T, más grande el tumor o más tejido mamario pudo tomado.

N= indica si el cáncer ha llegado a los ganglios linfáticos cercanos

- Nx: No es posible medir o hallar los ganglios linfáticos cercanos.
- N0: Ganglios linfáticos cercanos no presentan cáncer.
- N1,N2,N3: Los números se basan en la cantidad de ganglios linfáticos afectados y el nivel de cáncer presente, cuanto más alto el número G, mayor el nivel de afectación de los ganglios linfáticos.

M= indica si hay o no indicios de que el cáncer se ha propagado hacia otras partes del cuerpo.

- Mx: Significa que no es posible medir o hallar metástasis.
- M0: No hay metástasis distante.
- M1: Hay metástasis distante.

**Tabla 14.** Clasificación del cáncer de mama.

Etapa	Clasificación TNM	Descripción
<b>0</b>	<b>Tis, N0, M0</b>	Es el carcinoma ductual in situ (DCIS), un precáncer de seno. Muchos consideran al DCIS la forma más temprana del cáncer de seno. En el DCIS, las células cancerosas continúan localizadas en el interior de un conducto y no han invadido más profundamente el tejido adiposo circundante del seno. La enfermedad de Paget del pezón (sin una masa tumoral subyacente) también es etapa 0. En todos los casos, el cáncer no se ha propagado a los ganglios linfáticos ni a áreas distantes.
<b>IA</b>	<b>T1, N0, M0</b>	El tumor mide 2 cm (aproximadamente 3/4 de pulgada) o menos (T1) de ancho, y no se ha propagado a los ganglios linfáticos (N0) ni a áreas distantes (M0).
<b>Apéndice 2. Continúa</b>		
<b>IB</b>	<b>T0 o T1, N1mi, M0</b>	El tumor mide 2 cm o menos (o no se detecta) (T0 o T1) de ancho con micrometástasis en uno a tres ganglios linfáticos axilares (el cáncer en los ganglios linfáticos de la axila mide más de 0.2 mm de ancho y/o contiene más de 200 células, pero no mide más de 2 mm)(N1mi). El cáncer no se ha propagado a áreas distantes (M0).

<b>IIA</b>	<b>T0 o T1, N1 (pero no N1mi), M0</b>	El tumor mide 2 cm o menos de ancho (o no es detectado) (T1 o T0) y cualquiera de lo siguiente está presente: El cáncer se propagó a entre uno y tres ganglios linfáticos axilares (debajo del brazo), y el cáncer en los ganglios linfáticos mide más de 2 mm de ancho (N1a), O se encuentran diminutas cantidades de cáncer en los ganglios linfáticos mamaros internos (ganglios cercanos al esternón) en la biopsia de ganglio centinela (N1b), O el cáncer se propagó a entre uno y tres ganglios linfáticos axilares y a ganglios linfáticos mamaros internos (encontrados en la biopsia de ganglio centinela) (N1c). El cáncer no se ha propagado a áreas distantes (M0).
	<b>T2, N0, M0</b>	El tumor mide más de 2 cm, pero menos de 5 cm (alrededor de 2 pulgadas) de ancho (T2), pero no se ha propagado a los ganglios linfáticos (N0). El cáncer no se ha propagado a áreas distantes (M0).
<b>IIB</b>	<b>T2, N1, M0</b>	El tumor mide más de 2 cm, pero menos de 5 cm de ancho (T2). El cáncer se propagó a entre uno y tres ganglios linfáticos axilares, y/o se encuentran diminutas cantidades de cáncer en los ganglios linfáticos mamaros internos en la biopsia de ganglio centinela (N1). El cáncer no se ha propagado a sitios distantes (M0).
	<b>T3, N0, M0</b>	El tumor mide más de 5 cm de ancho, pero no ha invadido la pared torácica ni la piel (T3). El cáncer no se ha propagado a los ganglios linfáticos (N0) ni a sitios distantes (M0).
<b>IIIA</b>	<b>T0 a T2, N2, M0</b>	El tumor no mide más de 5 cm de ancho (o no se pudo encontrar) (T0 a T2). Se propagó a entre cuatro y nueve ganglios linfáticos axilares, o el cáncer ha agrandado los ganglios linfáticos mamaros internos (N2). El cáncer no se ha propagado a sitios distantes (M0).
	<b>T3, N1 o N2, M0</b>	El tumor mide más de 5 cm de ancho, pero no ha invadido la pared torácica ni la piel (T3). Se propagó a entre uno a nueve ganglios linfáticos axilares, o a los ganglios mamaros internos (N1o N2). El cáncer no se ha propagado a sitios distantes (M0).

## Apéndice 2. Continúa

---

<b>IIIB</b>	<b>T4, N0 a N2, M0</b>	<p>El tumor ha crecido en la pared torácica o en la piel (T4), y uno de los siguientes criterios está presente:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• El cáncer no se propagó a los ganglios linfáticos (N0).</li><li>• El cáncer se propagó a entre uno y tres ganglios linfáticos axilares, y/o se encuentran diminutas cantidades de cáncer en los ganglios linfáticos mamaros internos en la biopsia de ganglio centinela (N1).</li><li>• Se propagó a entre cuatro y nueve ganglios linfáticos axilares, o el cáncer ha agrandado los ganglios linfáticos mamaros internos (N2).</li></ul> <p>El cáncer no se ha propagado a sitios distantes (M0).</p> <p>El <b>cáncer inflamatorio de seno</b> se clasifica como T4d y está al menos en etapa IIIB. Si se ha propagado a muchos ganglios linfáticos cercanos (N3), podría estar en etapa IIIC, y si se ha propagado a ganglios linfáticos distantes o a órganos (M1) estaría en etapa IV.</p>
<b>IIIC</b>	<b>Cualquier T, N3, M0</b>	<p>El tumor puede ser de cualquier tamaño (o no puede ser encontrado), y existe una de las siguientes situaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Propagación del cáncer a 10 o más ganglios linfáticos axilares (N3).</li><li>• Propagación del cáncer a los ganglios linfáticos debajo de la clavícula (ganglios infraclaviculares) (N3).</li><li>• Propagación del cáncer a los ganglios linfáticos sobre la clavícula (ganglios supraclaviculares) (N3).</li><li>• El cáncer afecta a los ganglios linfáticos axilares y ha agrandado los ganglios linfáticos mamaros internos (N3).</li><li>• El cáncer se ha propagado a cuatro o más ganglios linfáticos axilares, y se encuentran diminutas cantidades de cáncer en los ganglios linfáticos mamaros internos en la biopsia de ganglio centinela (N3).</li><li>• El cáncer no se ha propagado a sitios distantes (M0).</li></ul>
<b>IV</b>	<b>Cualquier T, cualquier N, M1</b>	<p>El cáncer puede ser de cualquier tamaño (cualquier T) y podría o no haberse propagado a los ganglios linfáticos adyacentes (cualquier N). Se ha propagado a órganos distantes o a ganglios linfáticos distantes al seno (M1). Los lugares donde el cáncer se propaga con más frecuencia son los huesos, el hígado, el cerebro o los pulmones.</p>

---

*Fuente: Adaptado de American Cancer Society, 2016.*

### **Apéndice 3. Fase I. Evaluación en lenguaje de la Escala de Ajuste Diádico.**

#### **Procedimiento:**

Las pacientes diagnosticadas y sus parejas que cumplieron con los criterios establecidos, se recolectaron a través de la Unidad Funcional del servicio, para invitarlos a participar y explicarles a detalle en qué consistía la investigación.

- 1) Se acordó una cita (por separado) con aquellas pacientes y parejas que aceptaron (el día que le era asignada su siguiente cita médica).
- 2) Una vez que la paciente y/o su pareja llegaron a la cita acordada, se les explicó nuevamente a detalle en qué consistía la evaluación del instrumento.
- 3) Se les entregó y pidió que firmaran el consentimiento informado de participación voluntaria (véase Apéndice 5).
- 4) Se aplicó el instrumento, donde a cada participante se le realizó las siguientes preguntas por cada ítem (Cull et al., 2002):
  - *¿Tuvo dificultad para responder?*
  - *¿Esta pregunta la encontró confusa?*
  - *¿Encontró difíciles las palabras que usa?*
  - *¿Encontró ofensiva o molesta la frase por la manera en que está escrita?*
  - *¿Cómo hubiera hecho esta pregunta o frase?*
- 5) Se recopilaron las respuestas por un experto y juez, con el objetivo de analizar las repuestas.
- 6) Se obtuvo la versión final

#### **Análisis de los resultados:**

Se recopilaron los comentarios entre dos coordinadores (expertos en el tema y en la validación de instrumentos psicométricos), se observaron las frecuencias con respecto a las modificaciones propuestas por los participantes; cuando hubo un consenso del 20% en desacuerdo, fue cambiado el ítem, siempre manteniendo el significado original del ítem y la relación con la instrucción global del instrumento (Mora-Ríos, Bautista-Aguilar, Natera y Pedersen, 2013; Van Ommeren et al., 1999).

**Resultados:**

A cinco pacientes con pareja y cinco parejas de mujeres con CaMa se les aplicó la Escala de Ajuste Diádico. Los comentarios obtenidos fueron recolectados por dos coordinadores (expertos en el tema y en la validación de instrumentos psicométricos), los cuales se integraron en una sola versión. Los reactivos se modificaron manteniendo su originalidad, conservando el objetivo global del instrumento, la pertinencia y comprensión de los reactivos (Cull et al., 2002).

Los reactivos en su mayoría (25 items) no fueron modificados debido a que todos los participantes coincidieron en que éstos eran adecuados en su versión original y/o por decisión de los coordinadores. La siguiente Tabla (5) muestra sólo los cinco reactivos que fueron modificados de acuerdo a las sugerencias de los participantes y acuerdo de los coordinadores.

**Tabla 15.** *Cambios realizados en los reactivos.*

<b>Reactivo</b>	<b>Versión original</b>	<b>Versión con cambio</b>
8	Filosofía de vida	Modo de ver la vida
14	Actividades del tiempo de ocio	Actividades e intereses del tiempo libre
15	Decisiones de la carrera laboral	Decisiones del trabajo y/o actividades a los que se dedica cada uno
24	Comparten intereses o inquietudes fuera de los temas domésticos	¿Comparten temas de interés además de los de casa?
25	Tiene un intercambio estimulante de ideas	Comparten ideas interesantes

Los cambios realizados en los reactivos antes mencionados se debieron a la falta de comprensión de algunas palabras como: filosofía, ocio, carrera laboral, doméstico y estimulante; ello posiblemente por la poca escolaridad con la que cuenta la población atendida en el INCAn.



**Versión final del instrumento:**

**ESCALA DE AJUSTE DIÁDICO (DAS)**

Expediente: \_\_\_\_\_ Clave: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre de paciente: \_\_\_\_\_

Nombre de pareja: \_\_\_\_\_

**La mayoría de las personas tienen desacuerdos en su matrimonio. Por favor indique abajo con una X el grado aproximado de acuerdo o desacuerdo entre usted y su pareja en cada uno de los siguientes aspectos:**

	Siempre de acuerdo	Casi siempre de acuerdo	En ocasiones de acuerdo	Con frecuencia en desacuerdo	Casi siempre en desacuerdo	Siempre en desacuerdo
1. Manejo de finanzas familiares						
2. Descanso y tiempo libre						
3. Religión						
4. Demostraciones de afecto						
5. Amistades						
6. Relaciones sexuales						
7. Modales (conducta correcta o apropiada)						
8. Modo de ver la vida						
9. Forma de tratar a los suegros						
10. Objetivos, metas o cosas importantes						
11. Cantidad de tiempo que pasan juntos						
12. Toma de decisiones importantes						
13. Tareas de la casa						
14. Actividades e intereses de tiempo libre						
15. Decisiones del trabajo y/o actividades a las que se dedica						

En las siguientes afirmaciones, indique con qué frecuencia ocurren los siguientes sucesos:	Todo el tiempo	La mayor parte del tiempo	Con frecuencia	En ocasiones	En raras ocasiones	Nunca
16. Discute o ha considerado el divorcio o separación						
17. Usted o esposa(o) abandonan la casa después de una pelea						
18. Piensa que las cosas entre ustedes anda bien						
19. Confía en su esposo o esposa						
20. Alguna vez se lamenta de haberse casado						

21. Pelean						
22. Pone el uno al otro de nervios						

	Cada día	Casi todos los días	Ocasionalmente	Raramente	Nunca
23. ¿Besa a su esposo o esposa?					
24. ¿Comparten temas de interés además de los de casa?					

¿Con qué frecuencia diría que los siguientes sucesos ocurren entre usted y su esposo?	Nunca	Menos de una vez al mes	Una o dos veces al mes	Una o dos veces a la semana	Una vez al día	Dos o más veces al día
25. Comparten ideas interesantes						
26. Ríen juntos						
27. Discuten las cosas con calma						
28. Trabajan juntos en un proyecto						

Hay cosas acerca de las cuales las parejas a veces están de acuerdo y otras veces en desacuerdo. Indique con una X si la situación de abajo causó o no diferencias de opinión o algún problema en su relación durante la semana pasada.

29. No mostrar cariño

Sí      No

30. Los números marcados en la línea de abajo representan diferentes grados de felicidad en su relación marital. El punto medio "Feliz" representa el grado de felicidad de la mayoría de los matrimonios. Por favor ponga un círculo en el punto que mejor describe el grado de felicidad de su relación, tomando en cuenta todos sus aspectos.

1	2	3	4	5	6	7
Muy infeliz	Bastante infeliz	Un poco infeliz	Feliz	Un poco Feliz	Bastante Feliz	Muy Feliz

## Apéndice 4. Instrumentos utilizados

### ESCALA DE AJUSTE DIÁDICO (DAS)

Expediente: \_\_\_\_\_ Clave: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre de paciente: \_\_\_\_\_

Nombre de pareja: \_\_\_\_\_

La mayoría de las personas tienen desacuerdos en su matrimonio. Por favor indique abajo con una X el grado aproximado de acuerdo o desacuerdo entre usted y su pareja en cada uno de los siguientes aspectos:

Reactivos de 1-15	Siempre de acuerdo	Casi siempre de acuerdo	En ocasiones de acuerdo	Con frecuencia en desacuerdo	Casi siempre en desacuerdo	Siempre en desacuerdo
1. Manejo de finanzas familiares						
2. Descanso y tiempo libre						
3. Religión						
4. Demostraciones de afecto						
5. Amistades						
6. Relaciones sexuales						
7. Modales (conducta correcta o apropiada)						
8. Filosofía de la vida						
9. Forma de tratar a los suegros						
10. Objetivos y metas considerados importantes						
11. Cantidad de tiempo que pasan juntos						
12. Toma de decisiones importantes						
13. Tareas de la casa						
14. Actividades e intereses del tiempo de ocio						
15. Decisiones de la carrera laboral						

Reactivos de 16-22	Todo el tiempo	La mayor parte del tiempo	Con frecuencia	En ocasiones	En raras ocasiones	Nunca
16. ¿Con qué frecuencia discute o ha considerado el divorcio o separación?						
17. ¿Con qué frecuencia usted o esposa(o) abandonan la casa después de una pelea?						
18. En general, ¿con qué frecuencia piensa que las cosas entre ustedes anda bien?						
19. ¿Confía en su esposo o esposa?						
20. ¿Alguna vez se lamenta de haberse casado?						
21. ¿Con qué frecuencia pelean?						
22. ¿Con qué frecuencia pone el uno al otro de nervios?						

Reactivos de 23-24	Cada día	Casi todos los días	Ocasional mente	Raramente	Nunca
23. ¿Besa a su esposo o esposa?					
24. ¿Comparten intereses o inquietudes fuera de los temas domésticos?					

¿Con qué frecuencia diría que los siguientes sucesos ocurren entre usted y su esposo?

Reactivos de 25-28	Nunca	Menos de una vez al mes	Una o dos veces al mes	Una o dos veces a la semana	Una vez al día	Dos o más veces al día
25. Tienen un intercambio estimulante de ideas						
26. Ríen juntos						
27. Discuten las cosas con calma						
28. Trabajan juntos en un proyecto						

Hay cosas acerca de las cuales las parejas a veces están de acuerdo y otras veces en desacuerdo. Indique con una X si la situación de abajo causó o no diferencias de opinión o algún problema en su relación durante la semana pasada.

29. No mostrar cariño

Sí      No

30. Los números marcados en la línea de abajo representan diferentes grados de felicidad en su relación marital. El punto medio "Feliz" representa el grado de felicidad de la mayoría de los matrimonios. Por favor ponga un círculo en el punto que mejor describe el grado de felicidad de su relación, tomando en cuenta todos sus aspectos.

1	2	3	4	5	6	7
Muy infeliz	Bastante infeliz	Un poco infeliz	Feliz	Un poco Feliz	Bastante Feliz	Muy Feliz

**Continúa Apéndice 4.**

**Red Social y Apoyo Percibido de la Pareja y Otros Significativos**

Expediente: \_\_\_\_\_ Clave: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre de paciente: \_\_\_\_\_

Nombre de pareja: \_\_\_\_\_

	Siempre	Casi siempre	En ocasiones	Casi nunca	Nunca
1. Mi pareja me ayuda a decidir qué hacer.					
2. Mi pareja me acompaña a algún lugar cuando lo necesito.					
3. Me siento bien cuando estoy con mi pareja.					
4. Hacemos cosas juntos, como ir al cine, caminar o platicar.					
5. Mi pareja me escucha cuando tengo algún problema.					
6. Mi pareja me da consejos para solucionar mis problemas.					
7. Cuando lo necesito, mi pareja me ayuda con el cuidado de los niños.					
8. Mi pareja me dice o me hace sentir que me respeta.					
9. Mi pareja me alienta para enfrentar cualquier adversidad.					
10. Mi pareja me da o me presta dinero cuando lo necesito.					
11. Cuando se lo pido, mi pareja me sugiere cómo hacer las cosas.					
12. Mi pareja me da alternativas sobre cómo solucionar un problema.					
13. Puedo pedirle con confianza a mi pareja que cuide mis cosas.					
14. Mi pareja me llama sólo para saber cómo estoy.					
15. Mi pareja me dice cuando hago las cosas bien.					
16. Mi pareja me dice cosas que me ayudan a entender una situación que me preocupa.					
17. Mi pareja me apoya con las labores del hogar.					
18. Si se lo pido, me cuenta qué hizo o haría en una situación parecida a la que estoy viviendo.					
19. Mi pareja me dice qué es lo que espera de mí.					
20. Mi pareja me ha ayudado a realizar una meta que es importante para mí.					
21. Siento que mi pareja me entiende.					
22. Además del dinero, mi pareja me ha prestado o dado algo que necesito					
23. Mi pareja hace todo lo posible para que yo esté bien.					
24. Puedo confiarle mis sentimientos a mi pareja.					



Continúa Apéndice 4.

	En		Bastante	Mucho
	absoluto	poco		
17. ¿Ha estado alegre?	1	2	3	4
18. ¿Siente cansancio?	1	2	3	4
19. ¿Ha habido interacción en sus actividades diarias?	1	2	3	4
20. ¿Ha estado diferente para concentrarse en cosas como leer el periódico o ver la televisión?	1	2	3	4
21. ¿Se siente nervioso?	1	2	3	4
22. ¿Se siente preocupado?	1	2	3	4
23. ¿Se siente irritable?	1	2	3	4
24. ¿Se siente deprimido/a?	1	2	3	4
25. ¿Ha tenido dificultades para recordar cosas?	1	2	3	4
26. ¿Su estado físico o el tratamiento médico han interferido en su vida familiar?	1	2	3	4
27. ¿Su estado físico o el tratamiento médico han interferido en sus actividades sociales?	1	2	3	4
28. ¿Su estado físico o el tratamiento médico le han causado otros problemas?	1	2	3	4

En las siguientes preguntas por favor, dibuje un círculo en el número del 1 al 7 que mejor se aplique a usted

29. ¿Cómo valora su salud en general, su salud durante la semana pasada?	1	2	3	4	5	6	7
Pésimo							
Excelente							
30. ¿Cómo valora su salud en general, su calidad de vida durante la semana pasada?	1	2	3	4	5	6	7
Pésimo							
Excelente							



### EORTC QLQ – BR23

Los pacientes dicen que en ocasiones tienen los siguientes síntomas o problemas. Por favor, indique hasta qué punto usted ha experimentado alguno de estos síntomas o problemas durante la última semana.

<b>Durante la semana pasada:</b>	<b>Para nada</b>	<b>Un poco</b>	<b>Bastante</b>	<b>Mucho</b>
31. ¿Ha tenido la boca seca?	1	2	3	4
32. ¿Sintió la comida y la bebida con sabor diferente a lo normal?	1	2	3	4
33. ¿Tuvo los ojos irritados, llorosos o con dolor?	1	2	3	4
34. ¿Tuvo algo de pérdida de cabello?	1	2	3	4
35. Considere esta pregunta solo si se ha tenido pérdida de cabello: Si es así, ¿fue preocupada por la caída de cabello?	1	2	3	4
36. ¿Se sintió enferma o con malestar?	1	2	3	4
37. ¿Tuvo bostones?	1	2	3	4
38. ¿Tuvo dolor de cabeza?	1	2	3	4
39. ¿Se ha sentido menos atractiva desde el punto de vista físico como resultado de su enfermedad o tratamiento?	1	2	3	4
40. ¿Se ha sentido menos femenina como resultado de su enfermedad o tratamiento?	1	2	3	4
41. ¿Le resultó difícil verse sin ropa?	1	2	3	4
42. ¿Se ha sentido insatisfecha con su cuerpo?	1	2	3	4
43. ¿Ha estado preocupada sobre su salud en el futuro?	1	2	3	4
<b>Durante las últimas <u>cuatro</u> semanas:</b>	<b>Para nada</b>	<b>Un poco</b>	<b>Bastante</b>	<b>Mucho</b>
44. ¿Hasta qué punto estuvo interesada en el sexo?	1	2	3	4
45. ¿Hasta qué punto tuvo vida sexual activa? (teniendo o no relaciones sexuales)	1	2	3	4
46. Considere esta pregunta solamente si ha estado sexualmente activa: ¿Hasta qué punto disfrutó del sexo?	1	2	3	4

Por favor, continúe en la siguiente página.



**Continúa Apéndice 4.**

<b>Durante la semana pasada:</b>	<b>Para nada</b>	<b>Un poco</b>	<b>Bastante</b>	<b>Mucho</b>
47. ¿Tuvo dolor en el brazo o en el hombro?	1	2	3	4
48. ¿Se le hinchó el brazo o la mano?	1	2	3	4
49. ¿Fue difícil levantar el brazo o moverlo hacia los lados?	1	2	3	4
50. ¿Ha tenido dolor en el área del pecho afectado?	1	2	3	4
51. ¿Tuvo hinchida el área del pecho afectado?	1	2	3	4
52. ¿Sintió que la zona del pecho afectado estaba más sensible que de costumbre?	1	2	3	4
53. ¿Ha tenido problemas de la piel en la zona del pecho afectado (por ejemplo, comezón, resaca o descamación)?	1	2	3	4

**Continúa Apéndice 4.**

**CUESTIONARIO DE SALUD SF36**

**Expediente:** \_\_\_\_\_ **Clave:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Nombre de paciente:** \_\_\_\_\_

**Nombre de pareja:** \_\_\_\_\_

**1.- En general, usted diría que su salud es:**

1 excelente                      2 muy buena                      3 buena                      4 regular                      5 mala

**2.- ¿Cómo diría que es su estado de salud actual, comparada con la de hace un año?**

1 mucho mejor ahora que hace un año                      2 algo mejor ahora que hace un año  
3 más o menos igual que hace un año                      4 algo peor ahora que hace un año  
5 mucho peor ahora que hace un año

**LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A ACTIVIDADES O COSAS QUE PODRÍA HACER EN UN DÍA NORMAL**

**3.- Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos intensos tales como correr, levantar objetos pesados o participar en deportes agotadores?**

1 Sí, me limita mucho                      2 Sí, me limita un poco                      3 No, no me limita nada

**4.- Su salud actual, le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora?**

1 Sí, me limita mucho                      2 Sí, me limita un poco                      3 No, no me limita nada

**5.- Su salud actual, ¿le limita para coger o llevar la bolsa de las compras?**

1 Sí, me limita mucho                      2 Sí, me limita un poco                      3 No, no me limita nada

**6.- Su salud actual, ¿le limita para subir varios pisos por la escalera?**

1 Sí, me limita mucho                      2 Sí, me limita un poco                      3 No, no me limita nada

**7.- Su salud actual, ¿le limita para subir un solo piso por la escalera?**

1 Sí, me limita mucho                      2 Sí, me limita un poco                      3 No, no me limita nada

**8.- Su salud actual, ¿le limita para agacharse o arrodillarse?**

1 Sí, me limita mucho                      2 Sí, me limita un poco                      3 No, no me limita nada

**9.- Su salud actual, ¿le limita para caminar un kilómetro o más?**

1 Sí, me limita mucho                      2 Sí, me limita un poco                      3 No, no me limita nada

**10.- Su salud actual, ¿le limita para caminar varias manzanas (varios centenares de metros)?**

1 Sí, me limita mucho                      2 Sí, me limita un poco                      3 No, no me limita nada

**11.- Su salud actual, ¿le limita para caminar una sola manzana (unos 100 metros)?**

1 Sí, me limita mucho                      2 Sí, me limita un poco                      3 No, no me limita nada

**12.- Su salud actual, ¿le limita para bañarse o vestirse por sí mismo?**

1 Sí, me limita mucho                      2 Sí, me limita un poco                      3 No, no me limita nada



**25.- Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podía animarlo?**

- Apéndice 3. Continúa**
- |                 |                   |                |         |
|-----------------|-------------------|----------------|---------|
| 1 Siempre       |                   | 3 Muchas veces |         |
| 4 Algunas veces | 5 Sólo alguna vez |                | 6 Nunca |

**26.- Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?**

- |                 |                |                   |         |
|-----------------|----------------|-------------------|---------|
| 1 Siempre       | 2 Casi siempre | 3 Muchas veces    |         |
| 4 Algunas veces |                | 5 Sólo alguna vez | 6 Nunca |

**27.- Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo tuvo mucha energía?**

- |                 |                |                   |         |
|-----------------|----------------|-------------------|---------|
| 1 Siempre       | 2 Casi siempre | 3 Muchas veces    |         |
| 4 Algunas veces |                | 5 Sólo alguna vez | 6 Nunca |

**28.- Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?**

- |                 |                |                   |         |
|-----------------|----------------|-------------------|---------|
| 1 Siempre       | 2 Casi siempre | 3 Muchas veces    |         |
| 4 Algunas veces |                | 5 Sólo alguna vez | 6 Nunca |

**29.- Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió agotado?**

- |                 |                |                   |         |
|-----------------|----------------|-------------------|---------|
| 1 Siempre       | 2 Casi siempre | 3 Muchas veces    |         |
| 4 Algunas veces |                | 5 Sólo alguna vez | 6 Nunca |

**30.- Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió feliz?**

- |                   |                |                 |  |
|-------------------|----------------|-----------------|--|
| 1 Siempre         | 2 Casi siempre | 3 Algunas veces |  |
| 4 Sólo alguna vez |                | 5 Nunca         |  |

**31.- Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió cansado?**

- |           |                |                 |                   |
|-----------|----------------|-----------------|-------------------|
| 1 Siempre | 2 Casi siempre | 3 Algunas veces | 4 Sólo alguna vez |
|-----------|----------------|-----------------|-------------------|

**32.- Durante las 4 últimas semanas, ¿Con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a un amigo o familiar)?**

- |                   |                |                 |  |
|-------------------|----------------|-----------------|--|
| 1 Siempre         | 2 Casi siempre | 3 Algunas veces |  |
| 4 Sólo alguna vez |                | 5 Nunca         |  |

**POR FAVOR DIGA SI LE PARECE CIERTA O FALSA CADA UNA DE LAS SIGUIENTES FRASES**

**33.- Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas**

- |                     |                   |            |                  |
|---------------------|-------------------|------------|------------------|
| 1 Totalmente cierta | 2 Bastante cierta | 3 No lo sé | 4 Bastante falsa |
| 5 Totalmente falsa  |                   |            |                  |

**34.- Estoy tan sano como cualquiera**

- |                     |                   |            |                  |
|---------------------|-------------------|------------|------------------|
| 1 Totalmente cierta | 2 Bastante cierta | 3 No lo sé | 4 Bastante falsa |
| 5 Totalmente falsa  |                   |            |                  |

**35.- Creo que mi salud va a empeorar**

- |                     |                   |            |                  |
|---------------------|-------------------|------------|------------------|
| 1 Totalmente cierta | 2 Bastante cierta | 3 No lo sé | 4 Bastante falsa |
| 5 Totalmente falsa  |                   |            |                  |

**36.- Mi salud es excelente**

- |                     |                   |            |                  |
|---------------------|-------------------|------------|------------------|
| 1 Totalmente cierta | 2 Bastante cierta | 3 No lo sé | 4 Bastante falsa |
| 5 Totalmente falsa  |                   |            |                  |



**ENTREVISTA**

**FECHA:** \_\_\_\_\_

**NOMBRE DEL PACIENTE:** \_\_\_\_\_

**NO. DE EXPEDIENTE:** \_\_\_\_\_ **EDAD:** \_\_\_\_\_ **GÉNERO:** \_\_\_\_\_

**DIAGNÓSTICO:** \_\_\_\_\_ **ETAPA:** \_\_\_\_\_

**NIVEL DE ESTUDIOS:** \_\_\_\_\_ **OCUPACIÓN:** \_\_\_\_\_

**NOMBRE DE LA PAREJA:** \_\_\_\_\_

**CLAVE:** \_\_\_\_\_ **EDAD:** \_\_\_\_\_ **GÉNERO:** \_\_\_\_\_

**NIVEL DE ESTUDIOS:** \_\_\_\_\_ **OCUPACIÓN:** \_\_\_\_\_

**LUGAR DE RESIDENCIA:** \_\_\_\_\_

**AÑOS DE VIVIR JUNTOS:** \_\_\_\_\_ **NÚMERO DE HIJOS:** \_\_\_\_\_

**OTROS COMENTARIOS:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Apéndice 5. Consentimientos informados

### FORMA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PARTICIPACIÓN

(PACIENTE)

**Nombre corto:** Ajuste diádico, apoyo social y calidad de vida en mujeres jóvenes con cáncer de mama y sus parejas.

**Investigadora Principal:** Dra. Lizette Gálvez Hernández

**Nombre de la institución:** Instituto Nacional de Cancerología.

**Dirección:** Av. San Fernando 22, Sección XVI. Tlalpan, México, D.F. C.P. 14080

**Teléfono:** 5628-0400 ext. 34016 y 4423467009

Iniciales participante (Apellidos, Nombre)	
Número de participante	

#### JUSTIFICACIÓN:

Le invitamos a que participe en un estudio de investigación en el Instituto Nacional de Cancerología. En esta carta de consentimiento informado se explican las razones por las que se planea realizar este estudio y cuál sería su papel si usted decide participar en el mismo. Después de revisar esta información con la persona responsable de este estudio, usted conocerá la información necesaria para realizar una decisión informada acerca de si decide o no participar en este estudio de investigación. El presente documento de consentimiento informado es parte del protocolo del estudio y ha sido aprobado por el Comité de Ética correspondiente.

Usted fue diagnosticada con cáncer de mama o tiene 6 meses de haber sido diagnosticada. Además, tiene un año o más viviendo con su pareja. Por lo anterior, se le considera candidata a participar en el presente estudio.

#### PROPÓSITO DEL ESTUDIO:

Este estudio tiene dos propósitos, Ud. puede participar sólo en uno de ellos. El primero es conocer su opinión sobre la claridad de las preguntas de la escala que explora el acuerdo que tiene con su pareja (Ajuste Diádico). Esto para hacer las correcciones necesarias para obtener una versión más adecuada. Para ello se planea incluir 10 mujeres con cáncer de mama y 10 parejas.

El segundo es saber lo que usted piensa respecto al: 1) grado de acuerdo que tiene usted con su pareja 2) el apoyo proporcionado por su pareja y 3) su calidad de vida. Para alcanzar dichos propósitos se analizará la relación que existe entre los tres aspectos anteriores y características clínicas; así como las diferencias entre todas las pacientes y sus respectivas parejas, y entre pacientes jóvenes y mayores. Para ello, se planea incluir un total de 240 personas, que se dividirán en: a) 60 mujeres de 18 a 40 años (recién y que tienen 6 meses de ser diagnosticadas); b) 60 parejas de esas pacientes jóvenes; c) 60 mujeres mayores de 50 años (recién y que tienen 6 meses de ser diagnosticadas); y d) sus respectivas 60 parejas.

#### DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO:

Si usted acepta participar de forma voluntaria en el primer estudio, usted tendrá que darnos su opinión sobre si las preguntas de la escala sobre el acuerdo que tiene con su pareja son claras. Esto se realizará en una sola ocasión, de manera individual. Para una mejor comprensión esto se describe en la tabla 1.

**Tabla 1. Lo que usted tiene que hacer en la primera parte es:**

Responder a:	¿De qué se trata?	¿Cómo lo hará?	¿Cuántas veces?	¿Cuánto tiempo le llevará realizarla?
<b>Evaluar la comprensión de cada una de las preguntas de la Escala que mide el acuerdo que tienen las parejas (Escala de Ajuste Diádico)</b>	<p>Leer cada una de las preguntas y contestar si éstas son entendibles o no, en caso de no serlo proponer alguna forma de preguntarlo. Las preguntas son la siguientes:</p> <p>¿Tuvo dificultad para responder?                      ¿Esta pregunta la encontró confusa?                      ¿Encontró difíciles las palabras que usa?                      ¿Encontró ofensiva o molesta la frase por la manera en que está escrita?                      ¿Cómo hubiera hecho esta pregunta o frase?</p>	Responder a preguntas abiertas.	Sólo 1 sola vez	1hr.

O si usted acepta participar de forma voluntaria en el segundo estudio, usted tendrá que responder a algunas preguntas en a través de una entrevista corta y contestar 4 cuestionarios. Esto se realizará en una sola ocasión, al momento del diagnóstico o a los 6 meses de éste, de manera individual. Para una mejor comprensión esto se describe en la tabla 2.

**Tabla 2. Lo que usted tiene que hacer en la segunda parte es:**

Responder a:	¿De qué se trata?	¿Cómo lo hará?	¿Cuántas veces?	¿Cuánto tiempo le llevará realizarla?
Entrevista cara a cara con el investigador	Conocer algunos datos personales	Responder a preguntas abiertas	sólo 1 sola vez Al recibir su pareja el diagnóstico o 6 meses después.	20 min
Escala de Ajuste Diádico	Conocer el grado de ajuste (acuerdo) que considera que hay en su relación de pareja.	Tendrá que elegir la opción de cada afirmación que Ud. considere percibir como acuerdos en relación según su opinión		5 a 10 min.
Red Social y Apoyo Percibido de la Pareja y Otros Significativos	Valora el apoyo que Ud. percibe que tiene de parte de su pareja	Tendrá que elegir la opción que indique la frecuencia con la que Ud. recibe (o percibe) apoyo social recibido por su pareja, según cada afirmación		10min.
Cuestionario de Salud SF36	Valora la forma en que Ud. se siente con respecto a su salud física y mental	Tendrá que elegir la opción que indique la mejor manera en que describa su salud física y mental.		15min
Cuestionario de Calidad de Vida QLQ-C30 y QLQ-BR23	Valora la forma en que Ud. se siente con respecto a su salud física y mental respecto al cáncer de mama.	Tendrá que elegir la opción que indique la mejor manera en que describa su salud física.		20 min.

Las evaluaciones se realizarán independientemente a las de su seguimiento médico dentro del Instituto, no se le pedirá asista al Instituto a fin de responder a estos procedimientos.

#### **RESPONSABILIDAD PARA EL PACIENTE:**

Al aceptar participar en este estudio, usted no se compromete a terminarlo (evaluación e intervención), podrá abandonarlo en el momento que usted lo desee, si es el caso favor de informar al investigador.

En resumen, si usted participa en la primera parte del estudio (evaluación de la Escala de Ajuste Diádico) le implicará 1 hora de su tiempo en una sola ocasión. Si usted participa en la segunda parte del estudio (contestar una entrevista y 4 cuestionarios), le requerirá una hora y 15 minutos de su tiempo en una sola ocasión (en el momento de su diagnóstico o 6 meses de éste).

#### **RIESGOS Y MOLESTIAS:**

Para este tipo de estudios no existen riesgos.

#### **POSIBLES BENEFICIOS:**

Los investigadores esperan encontrar información relevante para poder proponer otros estudios futuros que pudieran beneficiar al equipo de salud al brindarles mayor conocimiento e información actualizada; así como a Ud. para que eventualmente se generen intervenciones que satisfagan los problemas identificados. Sin embargo, existe la posibilidad de que usted no se beneficie de participar en este estudio.

#### **PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA:**

Su participación en este estudio clínico es completamente voluntaria, puede decidir participar en el estudio o no. Si decide participar en el estudio, podrá retirar su información y/o participación cuando así lo desee, además usted será informada de manera oportuna de la información nueva que se obtenga del estudio. En cualquier caso, su decisión no afectará la atención ni los cuidados médicos a los que usted tiene derecho en este Instituto.

En el caso particular, de dar respuesta a los cuestionarios, Ud. tiene la opción de no responder a alguna de las preguntas por incomodidad personal.

#### **PAGOS Y COMPENSACIONES:**

No habrá compensación económica por su participación en el estudio.

#### **CONFIDENCIALIDAD:**

La información de sus datos personales y de su tratamiento es de carácter confidencial; no serán divulgados a terceros ajenos a la investigación, ni su identidad, ni los detalles personales de la historia clínica, salvo al investigador, auditor(es) u otra agencia reguladora que inspeccionarán y/o registrarán los resultados para asegurar la calidad y análisis de los datos, y para verificar los procedimientos y/o datos clínicos del ensayo sin violar la confidencialidad de sus datos, en México es la COFEPRIS y dentro del Instituto de Cancerología, el Comité de Ética en Investigación. En caso de cualquier duda sobre sus derechos puede dirigirse al Presidente del Comité de Ética en Investigación del Instituto Nacional de Cancerología, Dra. Myrna Gloria Candelaria Hernández (Presidente del Comité de Ética) y/o Dra. Alejandra Monroy López (Secretaria del Comité de Ética), Tel 56-28-04-00, ext. 37015. Cualquier duda sobre aspectos particulares de su participación en el estudio (procedimientos, etc.) deberá consultarla con el investigador principal del estudio, Dra. Lizette Gálvez Hernández, al teléfono 56280400 ext. 34016 o al 4423467009.

#### **DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO**

Yo, \_\_\_\_\_, declaro que he leído este formulario de consentimiento, cuyo contenido me fue explicado a mi entera satisfacción. Por lo que ejerciendo mi libre poder de elección y voluntad expresado por este medio, doy mi consentimiento para ser incluido como participante en el **Protocolo ajuste diádico, apoyo social y calidad de vida en mujeres jóvenes con Cáncer de Mama y sus parejas.**



*Por favor firmar y escribir con tinta negra*

---

FIRMA DEL PARTICIPANTE \_\_\_\_\_ FECHA (DD/MMM/AAAA)  
NOMBRE COMPLETO DEL \_\_\_\_\_  
PARTICIPANTE \_\_\_\_\_

**TESTIGO DEL CONSENTIMIENTO**

He estado presente durante la explicación del estudio al que hace referencia el presente documento

---

FIRMA DEL TESTIGO 1 \_\_\_\_\_ FECHA (DD/MMM/AAAA)  
(DISTINTO DEL MÉDICO O EL INVESTIGADOR PRINCIAL)  
NOMBRE COMPLETO DEL TESTIGO 1 \_\_\_\_\_  
PARENTESCO CON EL PARTICIPANTE \_\_\_\_\_  
DIRECCIÓN \_\_\_\_\_  
TELÉFONO \_\_\_\_\_

---

FIRMA DEL TESTIGO 2 \_\_\_\_\_ FECHA (DD/MMM/AAAA)  
(DISTINTO DEL MÉDICO O EL INVESTIGADOR PRINCIAL)  
NOMBRE COMPLETO DEL TESTIGO 2 \_\_\_\_\_  
PARENTESCO CON EL PARTICIPANTE \_\_\_\_\_  
DIRECCIÓN \_\_\_\_\_  
TELÉFONO \_\_\_\_\_

**PERSONA QUE OBTIENE EL CONSENTIMIENTO**

He conversado acerca de este estudio de investigación con el/la participante y/o con su representante autorizado, utilizando un lenguaje apropiado y entendible. He informado completamente a la participante acerca de la naturaleza de este estudio, así como de sus posibles beneficios y riesgos, y considero que la participante comprendió esta explicación.

---

FIRMA DE LA INVESTIGADOR PRINCIPAL \_\_\_\_\_  
O DE LA PERSONA AUTORIZADA PARA OBTENER EL CONSENTIMIENTO \_\_\_\_\_ FECHA  
(DD/MMM/AAAA)

## FORMA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PARTICIPACIÓN

(PAREJA)

**Nombre corto:** Ajuste diádico, apoyo social y calidad de vida en mujeres jóvenes con cáncer de mama y sus parejas

**Investigadora Principal:** Dra. Lizette Gálvez Hernández

**Nombre de la institución:** Instituto Nacional de Cancerología.

**Dirección:** Av. San Fernando 22, Sección XVI. Tlalpan, México, D.F. C.P. 14080

**Teléfono:** 5628-0400 ext. 34016 y 4423467009

Iniciales participante (Apellidos, Nombre)	
Número de participante	

### JUSTIFICACIÓN:

Le invitamos a que participe en un estudio de investigación en el Instituto Nacional de Cancerología. En esta carta de consentimiento informado se explican las razones por las que se planea realizar este estudio y cuál sería su papel si usted decide participar en el mismo. Después de revisar esta información con la persona responsable de este estudio, usted conocerá la información necesaria para realizar una decisión informada acerca de si decide o no participar en este estudio de investigación. El presente documento de consentimiento informado es parte del protocolo del estudio y ha sido aprobado por el Comité de Ética correspondiente.

Usted es pareja de una paciente con cáncer de mama que ha sido diagnosticada o tiene 6 meses de haber sido diagnosticada. Además, tiene un año o más viviendo con ella. Por lo anterior, se le considera candidato a participar en el presente estudio.

### PROPÓSITO DEL ESTUDIO:

Este estudio tiene dos propósitos, Ud. puede participar sólo en uno de ellos. El primero es conocer su opinión sobre la claridad de las preguntas de la escala que explora el acuerdo que tiene con su pareja –que es la paciente (ajuste Diádico). Esto para hacer las correcciones necesarias y obtener una versión más adecuada. Para ello se planea incluir 10 parejas y 10 mujeres con cáncer de mama. El segundo es saber lo que usted piensa respecto al: 1) grado de acuerdo que tiene usted con su pareja –que es la paciente 2) el apoyo proporcionado por su pareja y, 3) su calidad de vida. Para alcanzar dichos propósitos se analizará la relación que existe entre los tres aspectos anteriores y características clínicas; así como las diferencias entre todas las pacientes y sus respectivas parejas, y entre parejas de pacientes jóvenes y mayores. Para ello, se planea incluir un total de 240 personas, que se dividirán en: a) 60 mujeres de 18 a 40 años (recién y que tienen 6 meses de ser diagnosticadas); b) 60 parejas de esas pacientes jóvenes; c) 60 mujeres mayores de 50 años (recién y que tienen 6 meses de ser diagnosticadas); y d) sus respectivas 60 parejas.

### DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO:

Si usted acepta participar de forma voluntaria en el primer estudio, usted tendrá que darnos su opinión sobre si las preguntas de la escala sobre el acuerdo que tiene con la paciente, son claras. Esto se realizará en una sola ocasión, de manera individual. Para una mejor comprensión esto se describe en la tabla 1.

**Tabla 1. Lo que usted tiene que hacer en la primera parte es:**

Responder a:	¿De qué se trata?	¿Cómo lo hará?	¿Cuántas veces?	¿Cuánto tiempo le llevará realizarla?
<b>Evaluar la comprensión de cada una de las preguntas de la Escala que mide el acuerdo que tienen las parejas (Escala de Ajuste Diádico)</b>	<p>Leer cada una de las preguntas y contestar si éstas son entendibles o no, en caso de no serlo proponer alguna forma de preguntarlo. Las preguntas son la siguientes:</p> <p>¿Tuvo dificultad para responder?                      ¿Esta pregunta la encontró confusa?                      ¿Encontró difíciles las palabras que usa?                      ¿Encontró ofensiva o molesta la frase por la manera en que está escrita?                      ¿Cómo hubiera hecho esta pregunta o frase?</p>	Responder a preguntas abiertas.	Sólo 1 sola vez	1hr.

O si usted acepta participar de forma voluntaria en el segundo estudio, usted tendrá que responder a algunas preguntas a través de una entrevista corta y contestar 3 cuestionarios. Esto se realizará en una sola ocasión, al momento del diagnóstico de su esposa o a los 6 meses después del diagnóstico de su esposa, de manera individual. Para una mejor comprensión esto se describe en la tabla 2.

**Tabla 2. Lo que usted tiene que hacer en la segunda parte es:**

Responder a:	¿De qué se trata?	¿Cómo lo hará?	¿Cuántas veces?	¿Cuánto tiempo le llevará realizarla?	
Entrevista cara a cara con el investigador	Conocer algunos datos personales	Responder a preguntas abiertas	sólo 1 sola vez	20 min	
Escala de Ajuste Diádico	Conocer el grado de ajuste (acuerdo) que considera que hay en su relación de pareja.	Tendrá que elegir la opción de cada afirmación que Ud. considere percibir como acuerdos en relación según su opinión		5 a 10 minutos	
Red Social y Apoyo Percibido de la Pareja y Otros Significativos	Valora el apoyo que Ud. percibe que tiene de parte de su pareja	Tendrá que elegir la opción que indique la frecuencia con la que Ud. recibe (o percibe) apoyo social recibido por su pareja, según cada afirmación		Al recibir su pareja el diagnóstico o 6 meses después.	10min.
Cuestionario de Salud SF36	Valora la forma en que Ud. se siente con respecto a su salud física y mental	Tendrá que elegir la opción que indique la mejor manera en que describa su salud física y mental.		15 minutos	

Las evaluaciones se realizarán independientemente a las del seguimiento médico de su paciente dentro del Instituto, se le pedirá asista al instituto a fin de responder a estos procedimientos.

**RESPONSABILIDAD:**

Al aceptar participar en este estudio, usted no se compromete a terminarlo (evaluación e intervención), podrá abandonarlo en el momento que usted lo desee, si es el caso favor de informar al investigador.

En resumen, si usted participa en la primera parte del estudio (evaluación de la Escala de Ajuste Diádico) le implicará 1 hora de su tiempo en una sola ocasión. Si usted participa en la segunda parte del estudio (contestar una entrevista y tres cuestionarios), le requerirá una hora y 15 minutos de su tiempo en una sola ocasión (en el momento del diagnóstico de su esposa o 6 meses después de éste).

**RIESGOS Y MOLESTIAS:**

Para este tipo de estudios no existen riesgos.

**POSIBLES BENEFICIOS:**

Los investigadores esperan encontrar información relevante para poder proponer otros estudios futuros que pudieran beneficiar al equipo de salud al brindarles mayor conocimiento e información actualizada; así como a Ud. para que eventualmente se generen intervenciones que satisfagan los problemas identificados. Sin embargo, existe la posibilidad de que usted no se beneficie de participar en este estudio.

**PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA:**

Su participación en este estudio clínico es completamente voluntaria, puede decidir participar en el estudio o no. Si decide participar en el estudio, podrá retirar su información y/o participación cuando así lo desee, además usted será informado de manera oportuna de la información nueva que se obtenga del estudio. En cualquier caso, su decisión no afectará la atención ni los cuidados médicos a los que tiene derecho la paciente en este Instituto.

En el caso particular, de dar respuesta a los cuestionarios, Ud. tiene la opción de no responder a alguna de las preguntas por incomodidad personal.

**PAGOS Y COMPENSACIONES:**

No habrá compensación económica por su participación en el estudio.

**CONFIDENCIALIDAD:**

La información de sus datos personales y de su tratamiento es de carácter confidencial; no serán divulgados a terceros ajenos a la investigación, ni su identidad, ni los detalles personales de la historia clínica, salvo al investigador, auditor(es) u otra agencia reguladora que inspeccionarán y/o registrarán los resultados para asegurar la calidad y análisis de los datos, y para verificar los procedimientos y/o datos clínicos del ensayo sin violar la confidencialidad de sus datos, en México es la COFEPRIS y dentro del Instituto de Cancerología, el Comité de Ética en Investigación. En caso de cualquier duda sobre sus derechos puede dirigirse al Presidente del Comité de Ética en Investigación del Instituto Nacional de Cancerología, Dra. Myrna Gloria Candelaria Hernández (Presidente del Comité de Ética) y/o Dra. Alejandra Monroy López (Secretaria del Comité de Ética), Tel 56-28-04-00, ext. 37015. Cualquier duda sobre aspectos particulares de su participación en el estudio (procedimientos, etc.) deberá consultarla con el investigador principal del estudio, Dra. Lizette Gálvez Hernández, al teléfono 56280400 ext. 34016 o al 4423467009.

**DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO**

Yo, \_\_\_\_\_, declaro que he leído este formulario de consentimiento, cuyo contenido me fue explicado a mi entera satisfacción. Por lo que ejerciendo mi libre poder de elección y voluntad expresado por este medio, doy mi consentimiento para ser incluido como participante en el **Protocolo ajuste diádico, apoyo social y calidad de vida en mujeres jóvenes con Cáncer de Mama y sus parejas.**

Por favor firmar y escribir con tinta negra

---

FIRMA DEL PARTICIPANTE \_\_\_\_\_ FECHA (DD/MMM/AAAA)  
NOMBRE COMPLETO DEL PARTICIPANTE \_\_\_\_\_  
PARTICIPANTE \_\_\_\_\_

**TESTIGO DEL CONSENTIMIENTO**

He estado presente durante la explicación del estudio al que hace referencia el presente documento

---

FIRMA DEL TESTIGO 1 \_\_\_\_\_ FECHA (DD/MMM/AAAA)  
(DISTINTO DEL MÉDICO O EL INVESTIGADOR PRINCIAL)  
NOMBRE COMPLETO DEL TESTIGO 1 \_\_\_\_\_  
PARENTESCO CON EL PARTICIPANTE \_\_\_\_\_  
DIRECCIÓN \_\_\_\_\_  
TELÉFONO \_\_\_\_\_

---

FIRMA DEL TESTIGO 2 \_\_\_\_\_ FECHA (DD/MMM/AAAA)  
(DISTINTO DEL MÉDICO O EL INVESTIGADOR PRINCIAL)  
NOMBRE COMPLETO DEL TESTIGO 2 \_\_\_\_\_  
PARENTESCO CON EL PARTICIPANTE \_\_\_\_\_  
DIRECCIÓN \_\_\_\_\_  
TELÉFONO \_\_\_\_\_

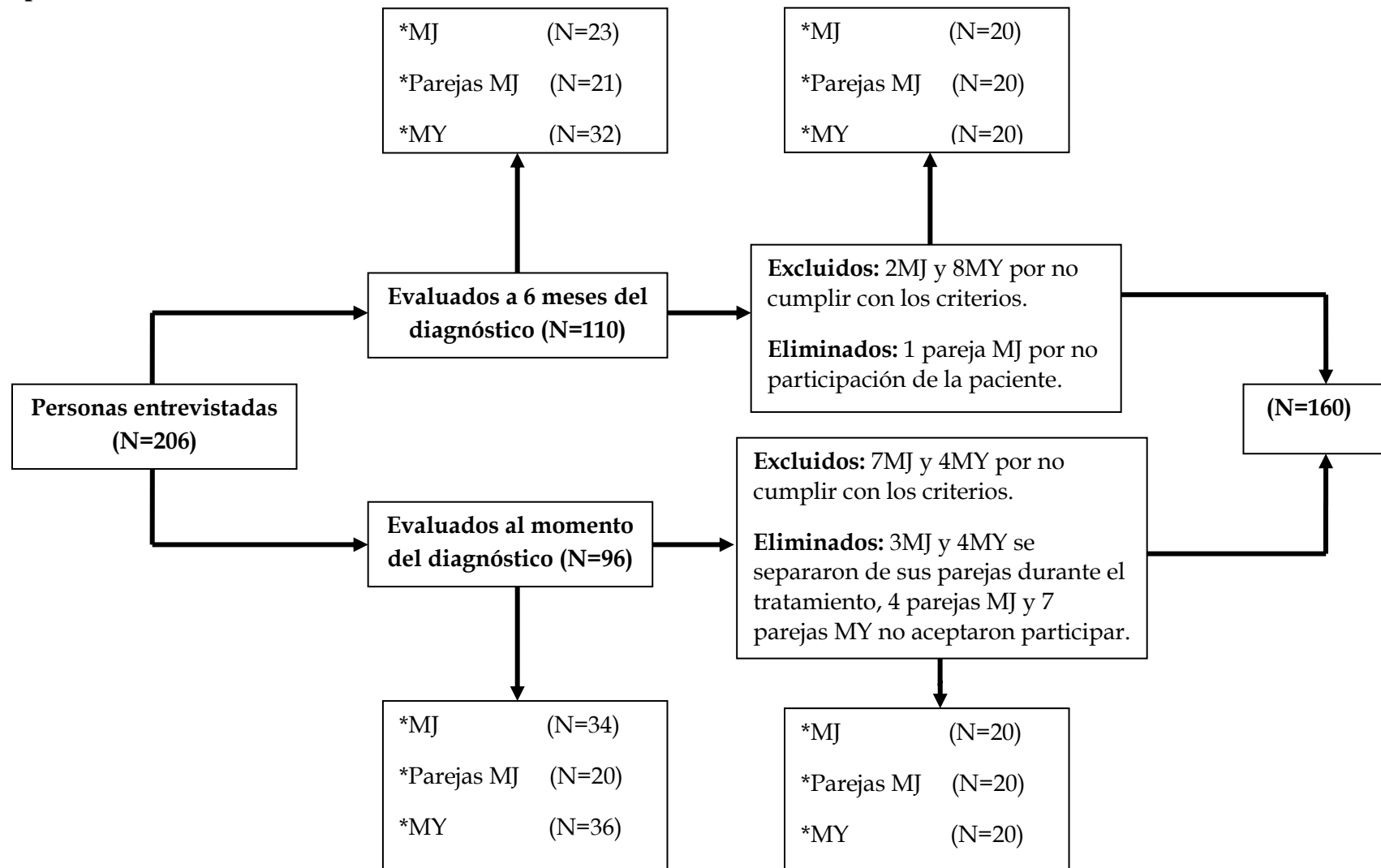
**PERSONA QUE OBTIENE EL CONSENTIMIENTO**

He conversado acerca de este estudio de investigación con el/la participante y/o con su representante autorizado, utilizando un lenguaje apropiado y entendible. He informado completamente a la participante acerca de la naturaleza de este estudio, así como de sus posibles beneficios y riesgos, y considero que la participante comprendió esta explicación.

---

FIRMA DE LA INVESTIGADOR PRINCIPAL \_\_\_\_\_  
O DE LA PERSONA AUTORIZADA PARA OBTENER EL CONSENTIMIENTO \_\_\_\_\_ FECHA  
(DD/MMM/AAAA)

**Apéndice 6. Elección de la muestra**



\*MJ= mujeres jóvenes, MY= mujeres mayores

## Apéndice 7. Puntajes totales de cada escala obtenidos por cada grupo evaluado

Tabla 16. Puntajes totales obtenidos por cada grupo.

		Mujeres jóvenes		Mujeres mayores		Parejas mujeres jóvenes		Parejas mujeres mayores	
N=160 (n=20)		Dx	Dx6	Dx	Dx6	Dx	Dx6	Dx	Dx6
		Media (D. E.)							
<b>Apoyo Social</b>		89.3 (±10.3)	83.2 (±13.4)	87.4 (±14.9)	94.8 (±7.9)	90.8 (±11.3)	89.2 (±9.8)	95.7 (±5.6)	94.4 (±7.2)
<b>Ajuste Diádico</b>	Total	84.8 (±12.8)	80.4 (±10.8)	85.5 (±8.4)	88.2 (±9.7)	84.3 (±10.5)	85.2 (±5.4)	90.9 (±6.2)	88.9 (±9.3)
	Consenso	85.6 (±13.3)	81.3 (±2.7)	86.3 (±9.0)	90.3 (±9.5)	86.1 (±9.2)	86.4 (±7.7)	93.6 (±6.6)	91.9 (±8.3)
	Satisfacción	86.5 (±12.3)	79.0 (±13.8)	85.1 (±9.6)	87.5 (±8.9)	86.6 (±10.3)	85.7 (±6.1)	91.9 (±5.6)	90.5 (±7.9)
	Cohesión	80.0 (±18.5)	77.3 (±13.7)	79.9 (±15.4)	80.0 (±17.9)	76.2 (±16.3)	77.7 (±12.0)	80.0 (±15.5)	79.7 (±15.4)
	Cariño	84.0 (±22.8)	86.0 (±19.5)	92.0 (±10.9)	95.0 (±16.7)	83.0 (±25.1)	90.6 (±17.2)	94.0 (±10.7)	87.0 (±21.4)
<b>Calidad de vida</b>	Global	71.2 (±26.7)	76.6 (±12.8)	70.8 (±21.3)	73.7 (±20.4)	80.2 (±14.6)	77.0 (±17.3)	74.5 (±11.7)	66.2 (±12.5)
	Físicos	91.0 (±12.6)	92.6 (±7.1)	85.6 (±17.0)	81.3 (±17.6)	96.2 (±7.0)	97.7 (±5.9)	89.7 (±12.4)	95.2 (±7.3)
	Emocional	64.2 (±21.3)	83.3 (±15.0)	66.2 (±27.5)	70.8 (±26.8)	76.4 (±15.7)	84.6 (±12.0)	76.7 (±18.4)	84.0 (±16.9)
	Cognitivo	79.2 (±20.8)	85.0 (±17.8)	76.6 (±20.5)	74.1 (±25.6)	86.6 (±27.3)	93.3 (±17.4)	78.3 (±34.6)	86.6 (±29.4)
	Social	79.2 (±30.0)	84.1 (±21.2)	94.1 (±11.1)	82.5 (±30.8)	87.5 (±18.1)	89.3 (±19.9)	84.3 (±23.2)	90.6 (±17.1)
	Rol físico	85.0 (±21.5)	94.1 (±11.1)	89.1 (±21.1)	87.5 (±20.8)	100 (±0)	100 (±0)	87.5 (±26.2)	93.7 (±22.7)
	Dolor	20.0 (±14.1)	13.3 (±15.8)	20.8 (±24.7)	20.8 (±29.5)	92.2 (±11.7)	92.2 (±9.6)	83.0 (±22.3)	87.3 (±13.8)
	Fatiga	13.8 (±13.4)	18.3 (±15.4)	13.8 (±16.4)	29.4 (±28.2)	78.7 (±10.3)	77.0 (±12.1)	71.5 (±16.5)	73.3 (±13.2)

*Dx* evaluación llevada a cabo al momento del diagnóstico

*Dx6* evaluación llevada a cabo a seis meses del diagnóstico

**Tabla 17. Puntajes totales de calidad de vida en pacientes.**

N=80 (n=40)		Mujeres jóvenes Dx	Mujeres jóvenes Dx6	Mujeres mayores Dx	Mujeres mayores Dx6	
		Media (D. E.)				
QLQ-30	Sintomatología	Náuseas	3.3 (±8.7)	9.1 (±16.6)	3.3 (±8.7)	10.0 (±20.5)
		Disnea	8.3 (±14.8)	6.6 (±17.4)	1.6 (±7.4)	26.7 (±26.7)
		Insomnio	23.3 (±30.7)	21.6 (±29.1)	20.0 (±27.3)	31.6 (±39.6)
		Pérdida de apetito	10.0 (±19.0)	11.6 (±19.5)	5.0 (±16.3)	13.3 (±22.6)
		Constipación	15.0 (±20.1)	15.0 (±22.8)	16.6 (±22.9)	31.6 (±35.0)
		Diarrea	1.6 (±7.4)	11.6 (±22.3)	3.3 (±10.2)	3.3 (±10.2)
		Dificultades económicas	40 (±36.8)	28.3 (±29.1)	35.0 (±31.4)	35.0 (±33.2)
QLQ-BR23	Funcionalidad	Imagen corporal	86.6 (±20.3)	79.5 (±27.5)	94.5 (±10.5)	75.0 (±39.6)
		Función sexual	70.0 (±14.9)	75.8 (±17.5)	83.3 (±20.9)	89.1 (±14.5)
		Placer sexual	50.0 (±31.5)	30.0 (±28.4)	23.3 (±36.0)	13.3 (±22.6)
		Perspectiva	53.3 (±29.4)	50.0 (±27.5)	41.6 (±37.2)	40.0 (±36.8)
	Sintomatología	Efectos secundarios	14.7 (±10.4)	25.4 (±15.3)	15.7 (±12.8)	29.0 (±22.4)
		Síntomas mamarios	24.1 (±10.4)	14.5 (±13.2)	17.5 (±13.2)	19.1 (±27.0)
		Síntomas braquiales	15.5 (±18.5)	10.0 (±12.4)	13.8 (±20.0)	12.7 (±19.8)
Pérdida del cabello		6.6 (±13.6)	6.6 (±13.7)	6.6 (±17.4)	16.6 (±33.3)	

*Dx evaluación llevada a cabo al momento del diagnóstico*

*Dx6 evaluación llevada a cabo a seis meses del diagnóstico*