



“Nuestra enfermedad”: revisión sistemática sobre coping diádico en cáncer de mama

Luisa Fernanda Talero Acero^{1*}; Carolyn Finck Barboza²

Recibido: 13 de mayo de 2019 / Aceptado: 5 de septiembre de 2019

Resumen: Objetivo: Indagar si las intervenciones basadas en coping diádico o afrontamiento en pareja han sido favorables, en casos donde la mujer está diagnosticada con cáncer de mama. Método: Se realizó una revisión sistemática de literatura siguiendo el método PRISMA, en las bases de datos APA PsycNET, PubMed, Embase, Scopus y Wiley Online Library, tanto en español como en inglés. Los artículos obtenidos fueron analizados con una matriz y se calificaron a partir de criterios de evaluación para estudios cuantitativos y cualitativos. Resultados: Se incluyeron 8 artículos publicados entre 2004 y 2018. Las intervenciones se enfocaron en el entrenamiento de variables como: coping diádico, autoimagen, intimidad sexual, reducción de estrés y angustia emocional, mejoría en el funcionamiento de pareja y crecimiento postraumático. Según los resultados, las intervenciones basadas en coping diádico ayudaron a desarrollar diferentes habilidades en las parejas, pese a que el efecto fue a corto plazo. Conclusiones: Se encontró que la investigación sobre los efectos de intervenciones en pareja para afrontar el cáncer de mama es limitada en América Latina. Además, se observó que el coping diádico es una variable no lineal que cambia en el proceso de salud-enfermedad. Finalmente, los artículos sugieren que el cáncer de mama es una enfermedad que trae consecuencias biopsicosociales a ambos miembros de la pareja.

Palabras clave: Ajuste emocional, neoplasias de la mama, adaptación psicológica, estrés psicológico.

[en] “Our disease”: a systematic review about dyadic coping in breast cancer

Abstract: Objective: To investigate the effectiveness of interventions based on dyadic coping or couple coping in cases of breast cancer diagnosis in women. Method: A systematic literature review was carried out following the PRISMA method, using the databases APA PsycNET, PubMed, Embase, Scopus, and Wiley Online Library, both in Spanish and in English. The obtained articles were organized in a matrix and then assessed based on evaluation criteria for quantitative and qualitative studies. Results: 8 articles published between 2004 and 2018 were included. The interventions evaluated factors such as dyadic coping, self-image, sexual intimacy, reduction of stress and emotional distress, improvement in couple functioning and post-traumatic growth. According to the results, the interventions based on dyadic coping helped the couple to develop different abilities, although the effect was only seen in the short term. Conclusions: The study concluded that research about the effects of couple interventions related to coping with breast cancer is limited in Latin America. In addition, it was observed that dyadic coping is a non-linear variable that changes in the health-disease process. Finally, the articles suggest that breast cancer is a disease that has biopsychosocial consequences for both members of the couple.

Keywords: Emotional adjustment, breast neoplasms, psychological adaptation, psychological stress.

1 Luisa Fernanda Talero Acero. Departamento de Psicología Universidad de los Andes, Bogotá Colombia. E-mail: luisaftalero@gmail.com

2 Carolyn Finck Barboza. Departamento de Psicología Universidad de los Andes, Bogotá Colombia. E-mail: cfinck@uniandes.edu.co

* Dirección de correspondencia: Luisa Fernanda Talero Acero. Bogotá, Calle 19, N° 1-67, Centro de internacionalización Universidad de los Andes. E-mail: luisaftalero@gmail.com.

Sumario. 1. Introducción 2. Metodología 3. Resultados 4. Discusión. 6. Conclusiones 7. Referencias bibliográficas.

Cómo citar: Talero Acero, L.F. Finck Barboza, C. “Nuestra enfermedad”: revisión sistemática sobre coping diádico en cáncer de mama. *Psicooncología* 2019; 16. 251-272. doi:10.5209/psic.65590

1. Introducción

En Latinoamérica, uno de los tipos de cáncer con mayor prevalencia y mortalidad es el cáncer de mama. Este cáncer sucede debido al crecimiento y la acumulación descontrolada de células, que ocurre en el tejido compuesto por glándulas mamarias (lóbulos), o en los conductos que conectan los lóbulos con el pezón⁽¹⁾. Los hábitos poco saludables, como el sedentarismo, la obesidad, el consumo de alcohol, el consumo de tabaco y una nutrición desbalanceada, contribuyen en gran medida al desarrollo de esta enfermedad⁽²⁾. En 2018 el cáncer de mama tuvo una incidencia en Latinoamérica y el Caribe de 14,1% y fue la causa de muerte del 7,8% de mujeres latinas⁽³⁾. En América Latina, la tasa más alta de casos de cáncer de mama por 100.000 habitantes la tiene Argentina (277,7), posteriormente está Cuba (215,6), y finalmente Brasil (205,6). A nivel mundial, Dinamarca tiene la mayor tasa de prevalencia con 571,6 casos por 100 000 habitantes⁽⁴⁾.

Si bien los hispanos tienen un índice más bajo de mortalidad e incidencia en los cánceres más comunes, es bastante probable que su detección ocurra en fases avanzadas⁽⁵⁾. Esto afecta la tasa de supervivencia, debido a que entre más tardío sea el diagnóstico, la posibilidad de sobrevivir disminuye. Según la *American Cancer Society* “las tasas de supervivencia de cinco años específicas de cáncer de mama local, regional y de etapa distante diagnosticado en las mujeres hispanas son de 96%, 83% y 26%, respectivamente”⁽⁵⁾. Ejemplo de ello, es que en Colombia la detección ocurre generalmente en los estadios II y III⁽⁶⁾, y para 2012, el porcentaje de supervivencia fue de 80,8%⁽⁷⁾. Cabe mencionar que este tipo de cáncer tiene altos picos de incidencia entre los 45 y 50 años y los 60 y 79 años⁽⁸⁾. Estas cifras revelan que, pese a que el cáncer de mama es una enfermedad común y de difícil manejo, la probabilidad de sobrevivir es bastante alta y las mujeres que pueden padecerlo apenas han alcanzado la adultez media. Por tanto, es necesario contar con recursos que favorezcan el afrontamiento adaptativo al cáncer de mama.

Según Finck et al.⁽⁹⁾, la calidad de vida (emocional y social) de mujeres con cáncer de mama suele ser menor, en comparación con mujeres sanas. Esta enfermedad puede generar altos niveles de ansiedad, estados depresivos, sensación de desesperanza, malestar general y dolencia física⁽¹⁰⁾. De este modo, el distrés emocional se relaciona no solo con las emociones negativas causadas por diferentes estresores (asociados con la enfermedad y con características contextuales y personales), sino también con efectos fisiológicos de la patología⁽¹⁰⁾. Sin embargo, dos factores claves para incrementar la calidad de vida son usar el estilo de afrontamiento enfocado en el problema o la emoción⁽¹⁰⁾ y recibir apoyo emocional⁽¹¹⁾.

Al enfrentar el distrés psicológico, las mujeres casadas suelen recibir más apoyo emocional e instrumental durante el tratamiento^(12,13). Según Bloom et al.⁽¹²⁾, el apoyo emocional está relacionado con un mayor bienestar mental, al igual que la autoestima. Por tanto, al incrementar el apoyo social se tienen efectos positivos en el

funcionamiento biopsicosocial y en la calidad de vida; disminuyendo la probabilidad de padecer depresión^(11,13). Salakari et al.⁽¹³⁾ mencionan en su estudio que, las parejas eran identificadas como la mayor fuente de apoyo para afrontar la trayectoria del cáncer, mientras que el apoyo de otras personas cercanas no era tan relevante para las mujeres. Además, Fernandes et al.⁽¹¹⁾ encontraron que, si bien las mujeres solteras con cáncer de mama no estaban afectadas por la ausencia de un compañero, aquellas con pareja solían tener una mejor salud mental. En consecuencia, el apoyo emocional fue la variable más importante para favorecer el ajuste y la adherencia al tratamiento, ya que se vincula con la expresión emocional.

De acuerdo con Perkins⁽¹⁴⁾ el cuidador de pacientes crónicos puede asumir tres tareas: el cuidado personal diario, el cuidado médico-técnico (i.e., administración de medicamentos), y coordinar servicios externos (i.e., vínculo con el sistema de salud). A su vez, puede enfrentar diferentes estresores, unos generados por la interacción con el paciente (i.e., comportamientos abusivos del enfermo), y otros por la tensión en distintos aspectos de su vida (i.e., deterioro en la autoimagen, sueños sacrificados, y aislamiento)⁽¹⁴⁾. Sin embargo, la evidencia también sugiere que hay beneficios para el cuidador, particularmente si es hombre. Por ejemplo, sentir que realiza algo importante, enfocarse en el logro de objetivos alcanzables, y ver en eventos ordinarios un significado positivo; lo que genera mayor satisfacción con la vida⁽¹⁴⁾.

El cáncer de mama afecta a la pareja, dado que, son vulnerables de experimentar ansiedad, depresión, baja calidad de vida, y problemas físicos⁽¹⁵⁾. Esta situación corresponde al término de estrés diádico, que hace referencia al estrés emocional o enfocado en el problema, que afecta e involucra a ambos miembros de la pareja como una unidad, por ejemplo, tener un hijo⁽¹⁶⁾. Entonces, surge el término “Coping diádico”, que se refiere al proceso por el cual las señales de estrés de uno de los individuos, y las reacciones de afrontamiento del otro ante esas señales, son tomadas en consideración⁽¹⁶⁾. Así, se activan recursos individuales de afrontamiento del estrés, con el fin de mantener o restaurar el equilibrio personal y conjunto; según esta teoría el bienestar de uno depende del bienestar del otro⁽¹⁶⁾.

Por ende, el cáncer de mama es un fenómeno de pareja, definido como “*we disease*”⁽¹⁷⁾. Según la evidencia, la intervención basada en la pareja mejora: el bienestar psicosocial, el crecimiento postraumático, la autoimagen, el funcionamiento y la satisfacción sexual, el afrontamiento y la comunicación, los síntomas físicos asociados al cáncer y el funcionamiento de la relación⁽¹⁵⁾. Es posible realizar intervenciones de psicoeducación, terapia cognitivo conductual, o con la pareja, cuyo objetivo es promover la comunicación, las habilidades de afrontamiento, y educar sobre el cáncer y sus cuidados. Por consiguiente, el coping diádico favorece el afrontamiento de los cambios impuestos por el cáncer, y se vincula con el proceso de ajuste⁽¹⁷⁾. Específicamente, el ajuste corresponde al proceso por el cual las parejas logran la gratificación mutua y alcanzan objetivos comunes, manteniendo su individualidad⁽¹⁸⁾.

Existen diferentes tipos de afrontamiento diádico: el común (ambos tienen igual participación, sea alta o baja); de apoyo (es provisto de una persona a la otra, que no tiene tantos recursos de afrontamiento adaptativo); y de delegación (una persona se encarga de realizar las tareas de la otra para disminuir su nivel de estrés)⁽¹⁶⁾. El coping también se clasifica de acuerdo con su valencia, por lo que es: positivo, ambivalente (poca motivación para ayudar), hostil (connotaciones negativas ante la pareja), o superficial (parecen ayudar a su compañera, pero la ayuda es vacía)⁽¹⁶⁾. Los modelos

teóricos que explican el coping diádico son: el transaccional basado en el modelo de estrés de Lazarus y Folkman; el transaccional sistemático (el afrontamiento ocurre en la interacción entre comunicación y respuestas positivas o negativas); el colaborativo (resolución conjunta de problemas y combinación de recursos); el de intimidad relacional (se involucran comportamientos que demuestran intimidad); los modelos comunicacionales (evalúan el modo de comunicación empleado); y el de congruencia de afrontamiento (centrado en la coincidencia entre las respuestas de cada individuo)^(17,19).

El diagnóstico puede incrementar la cercanía entre la pareja, o intensificar los problemas previos. Por ejemplo, Rodríguez y Costas⁽²⁰⁾ encontraron que algunos hombres, abandonaban a sus parejas dado que no sabían cómo afrontar la carga emocional de la enfermedad. Sin embargo, refieren que un factor protector para el afrontamiento emocional de los hijos es la relación marital satisfactoria entre los padres⁽²⁰⁾. En consecuencia, es importante que la intervención tenga en cuenta a la mujer, y también a su compañero. Sin embargo, hasta 2004 no había programas de intervención disponibles para pacientes oncológicas y sus cónyuges; lo que generaba frustración en los hombres puesto que no tenían suficiente información para apoyar a sus parejas⁽²¹⁾. Cabe aclarar que, los vacíos y barreras dentro de la investigación pueden relacionarse con que el término coping diádico es reciente, ya que nació en los años 90⁽¹⁷⁾.

El objetivo de la presente revisión es indagar si las intervenciones basadas en coping diádico o afrontamiento en pareja han sido favorables, en casos donde la mujer esta diagnosticada con cáncer de mama.

2. Metodología

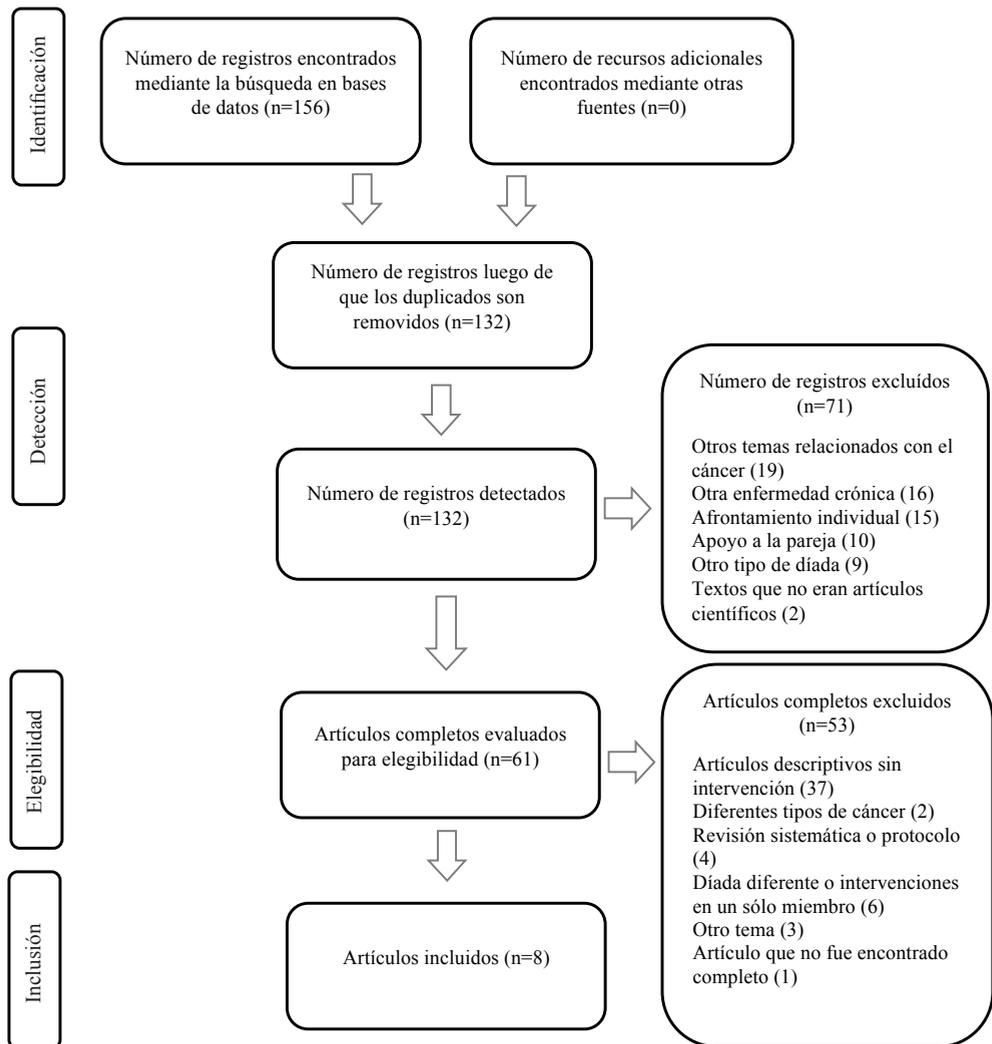
Se desarrolló una revisión sistemática de literatura, la búsqueda fue realizada en las bases de datos: APA PsycNET, PubMed, Embase, Scopus y Wiley Online Library. Estas fueron seleccionadas por su asociación con revistas de psicología de la salud y oncología. La ecuación de búsqueda fue: Breast cancer (cáncer de mama / cáncer de seno) AND dyadic coping (coping diádico) OR Couple support (apoyo marital). Adicionalmente, se utilizó el administrador de referencias Mendeley para descartar artículos duplicados. En este proceso se siguió el método *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis Guidelines* (PRISMA)⁽²²⁾, que involucra cuatro fases: Identificación, detección, elegibilidad e inclusión.

Desde la etapa de detección, se evaluaron los criterios de inclusión y exclusión. Para incluir un estudio, la muestra debía estar conformada por pacientes o sobrevivientes de cáncer de mama, y sus parejas. Igualmente, debía evaluar una intervención basada en coping diádico. Además, podía estar escrito en español o inglés. Por el contrario, se excluyeron textos que correspondían a capítulos de libros, artículos no publicados, trabajos de grado o conferencias. No se estableció un intervalo de tiempo en la fecha de publicación. Al iniciar, se tuvo en cuenta que los términos se encontraran en el título. En las bases de datos que no permitían realizar la búsqueda en ambos idiomas simultáneamente (APA PsycNET y PubMed), primero se indagó en inglés y luego en español.

Se encontraron 156 artículos en total; de ellos, se descartaron 22 porque estaban duplicados. Al leer los resúmenes de los 132 registros detectados, se descartaron 71; los motivos principales para descartarlos fue que se enfocaban en otros temas

relacionados con el cáncer, o su contenido central era el afrontamiento en pareja en otros tipos de enfermedades crónicas. Así, se obtuvieron 61 artículos, de los cuales se descartaron 53 dado que, si bien en su mayoría trataban el tema de afrontamiento en pareja al enfrentar el cáncer de seno, lo hacían de manera descriptiva, y su objetivo principal no era probar la funcionalidad de una intervención. Por tanto, se incluyó finalmente un total de 8 artículos (ver figura 1). Adicionalmente, se excluyó el artículo de Katz et al.⁽²³⁾, dado que solo fue hallado su resumen.

Figura 1. Modelo PRISMA de la revisión sistemática de la literatura



3. Resultados

Los artículos incluidos se muestran a continuación, en la tabla 1.

Tabla 1. *Artículos incluidos en la revisión sistemática*

Número	Nombre del artículo	Autor
[1]	A brief intervention to minimize psychosexual morbidity in dyads coping with breast cancer	(Decker et al.) ⁽²⁴⁾
[2]	A couple-based intervention for female breast cancer	(Baucom et al.) ⁽²⁵⁾
[3]	Cancer distress reduction with a couple-based skills training: A randomized controlled trial	(Heinrichs et al.) ⁽²⁶⁾
[4]	Development and pilot testing of an online intervention to support young couples' coping and adjustment to breast cancer	(Fergus et al.) ⁽²⁷⁾
[5]	Helping her heal: A pilot study of an educational counseling intervention for spouses of women with breast cancer	(Lewis et al.) ⁽²⁸⁾
[6]	Metaphor and meaning in an online creative expression exercise to promote dyadic coping in young couples affected by breast cancer	(Fergus et al.) ⁽²⁹⁾
[7]	The effect of an attachment-oriented couple intervention for breast cancer patients and partners in the early treatment phase: A randomised controlled trial	(Nicolaisen et al.) ⁽³⁰⁾
[8]	United we stand? The effects of a couple-coping intervention on adjustment to early stage breast or gynecological cancer	(Scott et al.) ⁽³¹⁾

Las investigaciones fueron publicadas entre 2004 y 2018, se realizaron en Canadá [4,6], Estados Unidos [1,2,5], Alemania [3], Dinamarca [7] y Australia [8]. La mayor muestra fue incluida en el artículo de Nicolaisen et al.⁽³⁰⁾, con 198 parejas. Cabe aclarar, que el artículo de Lewis et al.⁽²⁸⁾ enfatizó en el desarrollo de habilidades en los hombres, aunque posteriormente se contó con la valoración de sus parejas. Por otra parte, en los artículos de Heinrichs et al.⁽²⁶⁾ y Scott et al.⁽³¹⁾, también se incluyeron pacientes con cáncer ginecológico.

En los estudios participaron parejas heterosexuales que estaban casadas o convivían desde por lo menos hace un año, en las cuales, las mujeres habían sido diagnosticadas con cáncer de mama localizado. Al evaluar el promedio de edad de las mujeres se hace visible que en dos de los artículos más recientes [4,6], esta es cada vez menor. La relación de las parejas había durado en promedio más de 9 años. Solo 4 de los 8 estudios [3,4,5,6] evaluaron si eran padres, y encontraron que

más de la mitad de las parejas tenían hijos. La mayoría de los participantes, tanto hombres como mujeres, eran caucásicos y accedieron a una educación superior. En dos artículos [1,6] un porcentaje de la muestra fue hispano, no obstante, la proporción es baja. Así mismo, a un amplio porcentaje le fue realizado el procedimiento quirúrgico de Lumpectomía (Ver tabla 2).

Tabla 2. *Resumen de variables sociodemográficas*

Características	Decker et al. (24)	Baucom et al. (25)	Heinrichs et al. (26)	Fergus et al. (27)	Lewis et al. (28)	Fergus et al. (29)	Nicolaisen et al. (30)	Scott et al. (31)
Año de publicación	2012	2009	2012	2014	2008	2017	2018	2004
Tiempo promedio de relación (años)	14,6	15	22	9,3	17,1	9	27,1	24
Hijos	NA	NA	75%	50%	50%	76,90%	NA	NA
Número de parejas	65	14	72	10	20	13	198	94
Promedio de edad								
<i>Mujeres</i>	43,8	50	52,2	33,6	48	34	54,2	51
<i>Hombres</i>	44,5	50	52,7	34,9	53	35	57,4	53
Etnia								
<i>Mujeres</i>								
Caucásico	87,60%	86%	NA	95%	95%	54%	NA	98%
Afro	4,60%	NA	NA	5%	5%	NA	NA	NA
Hispano	6,10%	NA	NA	NA	NA	8%	NA	NA
Otro	1,50%	NA	NA	NA	NA	39%	NA	NA
<i>Hombres</i>								
Caucásico	76,92%	86%	NA	95%	90%	54%	NA	98%
Afro	6,15%	NA	NA	5%	5%	NA	NA	NA
Hispano	0	NA	NA	NA	NA	8%	NA	NA
Otro	16,90%	NA	NA	NA	5%	40%	NA	NA
Escolaridad								
<i>Mujeres</i>								
Bajo	12,50%	NA	NA	NA	NA	NA	17%	18%
Medio	37,50%	NA	30%	5%	NA	NA	34%	53%
Alto	51,50%	NA	50%	95%	80%	100%	49%	17%

Características	Decker et al. (24)	Baucom et al. (25)	Heinrichs et al. (26)	Fergus et al. (27)	Lewis et al. (28)	Fergus et al. (29)	Nicolaisen et al. (30)	Scott et al. (31)
<i>Hombres</i>								
Bajo	12,50%	NA	NA	NA	NA	NA	15%	18%
Medio	35,90%	NA	30%	NA	NA	8%	38%	43%
Alto	35,90%	NA	50%	100%	85%	92%	47%	24%
Diagnóstico								
Estadio I	32,30%	NA	83%	50%	30%	46,10%	NA	50,80%
Estadio II	41,50%	NA	NA	20%	25%	15,30%	NA	33,30%
Estadio IIb	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	15,78%
Estadio III	26,15%	NA	NA	30%	25%	38,40%	NA	NA
Tratamiento								
<i>Cirugía</i>								
Mastectomía	NA	11,20%	24%	NA	45%	53,80%	29%	43,80%
Lumpectomía	NA	44,80%	61%	NA	55%	46,10%	71%	52%
<i>Tratamiento adyuvante</i>								
Quimioterapia	NA	21%	31%	NA	50%	NA	65%	10,75%
Radioterapia	NA	7,10%	3%	NA	50%	NA	82%	35%
T. Hormonal	NA	NA	NA	NA	NA	NA	78%	NA
Trastuzumab	NA	NA	NA	NA	NA	NA	19%	NA

(a) NA: No aplica

Cuatro investigaciones correspondieron a estudios pilotos cuantitativos [1,2,4,5], tres a ensayos clínicos aleatorizados [3,7,8] y uno era un estudio cualitativo de análisis de contenido [6]. En la mayoría se aplicó pretest y posttest, para evaluar las variables sociodemográficas y otros constructos psicológicos, con excepción de los artículos de Fergus, et al.⁽²⁷⁾ y Fergus, et al.⁽²⁹⁾, en los cuales se evaluó la satisfacción con el programa y la percepción de beneficios de la intervención respectivamente. Las variables evaluadas fueron: funcionamiento sexual [1,2,8], ajuste diádico [1,5,7,8], depresión [1,5,7], ansiedad [5,7], coping diádico [1,3,8], imagen corporal [1,2,8], síntomas relacionados con el cáncer [1,2], calidad de la relación de pareja [2,3,5], distrés emocional [2,3,7,8], crecimiento postraumático [2,3], comunicación [3,8], autoeficacia [5], apoyo interpersonal [5,7], alianza terapéutica [7] y satisfacción con la intervención [1,4,8] (ver tabla 3).

Tabla 3. Características generales de las intervenciones

Artículo	Teoría base	Grupos y estructura de las sesiones	Variables entrenadas y mejoría	Seguimiento y medición
Decker et al. ⁽²⁴⁾	<p>Teoría de sistemas</p> <p>De acuerdo con la teoría, una pareja no puede experimentar ni resolver los efectos de una crisis de manera individual. Por tanto, la intervención se enfocó en la interacción de ambos dentro de la relación.</p>	<p>Grupo cara a cara</p> <p>Sesiones: 3 sesiones cara a cara de 60 minutos; fueron realizadas cada 2 o 3 semanas. Estas eran basadas en un manual desarrollado por los autores.</p> <p>Lugar: Oficina del investigador</p> <p>Terapeutas: Enfermera clínica, psicóloga y trabajadora social.</p> <p>Estructura de la sesión:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Los autores enviaban por correo una copia de la sesión a la pareja. 2. Discusiones y presentación didáctica basadas en el contenido del manual. 3. Se realizaban ejercicios con las parejas 4. Control de calidad y adherencia al contenido y a la intervención 5. El terapeuta llenaba una lista de chequeo sobre el contenido abarcado. <p>Grupo telefónico</p> <p>Se realizó la misma intervención que en el grupo cara a cara, pero por teléfono.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Comunicación ✓ Intimidad ✓ Bienestar sexual ✓ Coping diádico • Estrategias efectivas de afrontamiento 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pretest 2. Postest 3. Seguimiento a los 6 meses
Baucom et al. ⁽²⁵⁾	<p>Teoría cognitivo-conductual</p> <p>Usan esta terapia con el objetivo de aliviar y prevenir distrés emocional en la pareja. Así, enseñan cómo comunicar los pensamientos y las emociones de manera efectiva, para tomar decisiones conjuntas.</p>	<p>Couple-based relationship enhancement (RE)</p> <p>Sesiones: 6 encuentros de 75 minutos con cada miembro de la pareja individualmente.</p> <p>Lugar: Sitios diferentes al hogar.</p> <p>Terapeutas: Estudiantes de doctorado</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Cáncer de mama en la pareja • Educación médica ❖ Habilidades de comunicación ✓ Adaptación sexual e imagen corporal • Significado de la vida frente a la enfermedad ✓ Positivismo 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pretest 2. Postest 3. Seguimiento al año

Artículo	Teoría base	Grupos y estructura de las sesiones	Variables entrenadas y mejoría	Seguimiento y medición
Heinrich et al. ⁽²⁶⁾	Teoría cognitivo-conductual	Relationship Enhancement Program - Side by side	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Comunicación asertiva de emociones ❖ Afrontamiento diádico • Método de tres fases de Bodenmann 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pretest 2. Postest 3. Seguimiento a los 6 meses 4. Seguimiento al año
	<p>De acuerdo con esta teoría, el ajuste a corto y largo plazo a un factor estresante implica la consideración de la respuesta individual, en pareja y ambiental.</p>	<p>Sesiones: 4 encuentros quincenales, cara a cara, con una duración de 120 minutos cada uno.</p> <p>Lugar: Casa de la pareja.</p> <p>Terapeutas: 1 terapeuta clínico</p> <p>Estructura de la sesión: El 60% de las sesiones entrenó habilidades diádicas y 30% habilidades individuales. El centro de la intervención eran las habilidades de comunicación (guías para discutir temas estresantes) y el coping diádico (método de Bodenmann de 3 fases).</p>		
		<p>Grupo control</p>		
		<p>Sesiones: 1 sesión de dos horas, donde se entregó material educativo acerca del cáncer e instrucciones básicas de escuchar al otro.</p>		

Artículo	Teoría base	Grupos y estructura de las sesiones	Variables entrenadas y mejoría	Seguimiento y medición
		<p>Lugar: No se especifica.</p> <p>Terapeutas: 1 Terapeuta clínico entrenado de acuerdo con un protocolo para la investigación.</p> <p>Estructura de la sesión: Las parejas recibieron una serie de materiales escritos sobre cáncer de mama y ginecológico. Por razones éticas se dieron recomendaciones de cómo lidiar con el estrés individual.</p>		
Fergus et al. (27)	<p>Teoría constructivista</p> <p>Comprender la enfermedad como un problema compartido, para comprometerse a brindar apoyo mutuo y promover el ajuste emocional. Además, dar sentido y significado al proceso en respuesta a la identidad de la pareja.</p> <p>Terapia narrativa</p> <p>Externalizar el cáncer de mama, entendiendo que la pareja es diferente a la enfermedad.</p>	<p>Couplelinks (Programa online)</p> <p>Sesiones: Se desarrollaron 6 módulos de aprendizaje diádico y 1 opcional, todos de manera virtual. En promedio el programa tardó entre 6 y 8 semanas.</p> <p>Lugar: Programa online</p> <p>Terapeutas: Había un facilitador que respondía las inquietudes de la pareja, aunque no era en tiempo real. El equipo era conformado por 5 profesionales en salud mental con experiencia en psicooncología.</p> <p>Estructura de la sesión:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Descripción de las habilidades básicas de la relación son ejemplos 2. Ejercicios de la pareja, para aprender las habilidades practicando 3. Discusión entre la pareja de lo que habían aprendido. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Psicoeducación ✓ Comunicación ✓ Habilidades de afrontamiento ✓ Empatía mutua ✓ Perspectiva en relación con el cáncer 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pretest 2. Postest 3. Seguimiento a los 3 meses

Artículo	Teoría base	Grupos y estructura de las sesiones	Variables entrenadas y mejoría	Seguimiento y medición
Lewis et al. ⁽²⁸⁾	<p>Teoría cognitiva de Bandura</p> <p>Aprendizaje de pautas de interacción con la pareja por medio de la observación. Importancia de la autoeficacia para brindar apoyo.</p> <p>Modelo relacional de ajuste al cáncer de mama</p>	<p>Helping Her Heal</p> <p>Sesiones: Se realizaron 5 sesiones de 1 hora, con intervalos de 2 semanas.</p> <p>Lugar: Un cuarto privado del hospital.</p> <p>Terapeutas: Consejero educativo especialmente entrenado.</p> <p>Estructura de la sesión:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Presentaciones didácticas cortas 2. Construcción de habilidades y ejercicios de eficacia 3. Tareas para la casa en pareja. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Habilidades de comunicación ✓ Apoyo interpersonal ✓ Incremento del autocuidado en cuidadores - Ajuste marital ✓ Mejoría de salud mental 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pretest 2. Postest
Fergus et al. ⁽²⁹⁾	<p>Teoría constructivista</p> <p>Experimentar la identidad compartida o “nuestra enfermedad” entorno al cáncer de mama.</p> <p>Terapia narrativa</p> <p>Externalizar los estresores y las pérdidas asociadas a la enfermedad de manera conjunta.</p>	<p>Couplelinks (Programa online)</p> <p>Sesiones: Se desarrollaron 6 módulos de aprendizaje diádico y 1 opcional, todos de manera virtual. En promedio el programa tardó entre 6 y 8 semanas.</p> <p>Lugar: Programa online</p> <p>Terapeutas: Había un facilitador que respondía las inquietudes de la pareja, aunque no era en tiempo real. El equipo era conformado por 5 profesionales en salud mental con experiencia en psicooncología.</p> <p>Estructura de la sesión:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Descripción de las habilidades básicas de la relación son ejemplos 2. Ejercicios de la pareja, para aprender las habilidades practicando 3. Discusión entre la pareja de lo que habían aprendido. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Psicoeducación ✓ Comunicación ✓ Habilidades de afrontamiento ✓ Empatía mutua ✓ Perspectiva en relación con el cáncer 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Entrevista post-intervención

Artículo	Teoría base	Grupos y estructura de las sesiones	Variables entrenadas y mejoría	Seguimiento y medición
Nicolaisen et al. (30)	<p>Teoría de apego</p> <p>Proveer una explicación de cómo el comportamiento de apego y el estilo de apego pueden influenciar el intercambio de apoyo entre la pareja y su ajuste al cáncer de mama.</p>	<p>Hand in Hand (HiH)</p> <p>Sesiones: Se brindaban de 4 a 8 sesiones en pareja, dependiendo de las necesidades que tuvieran, en un periodo de 3 meses. La primera sesión duraba 90 minutos y las siguientes 60.</p> <p>Lugar: Centro de atención en salud.</p> <p>Terapeutas: 4 psicólogos fueron entrenados, todos tenían experiencia en psicología de la salud, counselling y conocían la teoría del apego.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Apego seguro ❖ Distrés emocional a nivel individual • Conocimiento y experiencias con el cáncer ✓ Desórdenes psicológicos • Eventos de la vida estresantes • Intimidad y función sexual 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pretest 2. Postest 3. Seguimiento a los 3 meses
		<p>Estructura de la sesión:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Primeras sesiones: Crear una alianza terapéutica e identificar el distrés individual y diádico. 2. Sesiones intermedias: Manejo de patrones interaccionales y respuestas emocionales en la pareja. 3. Sesiones finales: Diálogo, control y aceptación sobre las reacciones emocionales. 		
		<p>Grupo control de cuidado usual</p> <p>Sesiones: No hubo sesiones</p> <p>Lugar: Centro médico</p> <p>Terapeutas: Personal de Salud</p> <p>Estructura de la sesión: No se realizaron sesiones, sino que se brindó información verbal y escrita sobre las reacciones psicológicas normales con relación al diagnóstico. Sin embargo, 2 de los 3 centros médicos proveían ayuda psicológica adicional.</p>		

Artículo	Teoría base	Grupos y estructura de las sesiones	Variables entrenadas y mejoría	Seguimiento y medición
Scott et al. ⁽³¹⁾	<p>Terapia cognitivo-conductual</p> <p>De acuerdo con esta teoría las cogniciones y el ajuste a la enfermedad son variables relacionadas. Así mismo, las respuestas del compañero influyen el procesamiento cognitivo y las respuestas emocionales de la paciente.</p>	<p>Educación de información médica (MI)</p> <p>Sesiones: 5 llamadas de no más de 15 minutos; una antes de la cirugía, una luego de la cirugía, a los 6 y 9 meses.</p> <p>Lugar: Llamada telefónica</p> <p>Terapeutas: 3 psicólogas atendieron a igual número de parejas en cada condición. Tenían amplia experiencia en manejo de cáncer, siguieron un protocolo para cada condición, las sesiones fueron grabadas y semanalmente se reunían con un miembro del equipo.</p> <p>Estructura de la sesión: Se brindó información sobre aspectos médicos relacionados con el cáncer.</p> <p>Entrenamiento del afrontamiento del paciente (PC)</p> <p>Sesiones: Se realizaron 4 sesiones de 2 horas antes y luego de la cirugía y un seguimiento. Así mismo, se realizaron 2 llamadas de 30 minutos</p> <p>Lugar: Casa de las pacientes</p> <p>Terapeutas: 3 psicólogas (como en condición MI)</p> <p>Sesiones: Se integró información sobre el cuidado médico, afrontamiento y counseling de apoyo. En este grupo la orientación fue sólo para las mujeres.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Reacciones psicológicas comunes en el cáncer ✓ Estilos de afrontamientos basados en la resolución de problemas ✓ Cambio de cogniciones negativas asociadas al cáncer ❖ Comunicación de apoyo entre la pareja (validación y auto apertura, escucha empática) ✓ Apoyo de pareja y satisfacción sexual 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Al momento del diagnóstico 2. Luego de la cirugía 3. Seguimiento a los 6 meses 4. Seguimiento a los 12 meses

Artículo	Teoría base	Grupos y estructura de las sesiones	Variables entrenadas y mejoría	Seguimiento y medición
		<p style="text-align: center;">Entrenamiento de afrontamiento en pareja (CanCOPE)</p> <p>Sesiones: 5 sesiones de dos horas y 2 llamadas de 30 minutos</p> <p>Lugar: Casa de las parejas</p> <p>Terapeutas: 3 psicólogas (como en condición MI)</p> <p>Estructura de la sesión: Ambos miembros de la pareja recibían el mismo material educativo, entrenamiento en habilidades de afrontamiento, counseling, comunicación y consejería sexual.</p>		

- ✓ (a) Se demostró mejoría
- ❖ (b) Hubo mejoría parcial y luego disminuyó el resultado
- (c) No hubo mejoría
- (d) NA: No aplica

De acuerdo con Decker et al.⁽²⁴⁾ la intervención realizada tuvo efectos positivos para ambos grupos, en aspectos referentes a la sexualidad y la comunicación; los participantes reportaron una mejoría más baja en el afrontamiento diádico, en comparación con las otras dos variables. Así mismo, la intervención telefónica tuvo mayor acogida, dado que los temas tratados durante las sesiones eran considerados como íntimos, por lo que para los participantes era más fácil hablar sobre ello a larga distancia. Igualmente, otras ventajas de la intervención por medio de llamadas telefónicas era que no había que recorrer largas distancias, el horario era flexible y no había que buscar a alguien que cuidara a los niños. De este modo, aseguran que una intervención ideal debería tener una primera sesión en persona, y luego, tres sesiones telefónicas. A su vez, afirman que el momento oportuno para brindar la ayuda terapéutica es luego de recibir el diagnóstico.

Por otra parte, Baucom et al.⁽²⁵⁾ mencionan que las variables asociadas al funcionamiento de la relación (ajuste marital y funcionamiento sexual), y al funcionamiento psicológico individual (alivio del estrés psicológico) tuvieron mejoría en ambos miembros de la pareja en el grupo de intervención. Además, las mujeres de este grupo lograron tener una mejor percepción sobre la aceptación de sus cuerpos por parte de sus parejas y tuvieron efectos positivos en su autoimagen. Así mismo, los síntomas médicos relacionados con el cáncer disminuyeron en el grupo de intervención, por lo que las mujeres reportaron menos fatiga, menos dolor y mayor alivio en síntomas asociados al tratamiento, como las náuseas.

Heinrich et al.⁽²⁶⁾ encontraron que pese a que en su grupo de intervención hubo mejoría inicial en las variables evaluadas (estrés relacionado con el cáncer, miedo a la progresión, evitación para lidiar con la enfermedad, crecimiento postraumático, comunicación y coping diádico), este solo fue un efecto a corto plazo. Por lo que, las parejas de ambos grupos tuvieron una recuperación a lo largo del tiempo. Sin embargo, los autores aseguran que las habilidades enseñadas en la intervención previenen la disminución progresiva de la satisfacción con la relación. Por lo cual, llegaron a la conclusión de que el afrontamiento diádico y la comunicación se ven reforzados cuando ambos miembros de la pareja participan activamente en el entrenamiento, siendo así, no es suficiente con asistir como acompañante a una sesión. Así mismo, recomiendan realizar una intervención en pareja aproximadamente un año después de recibir el diagnóstico y en caso de que alguno de los miembros de la díada reporte estar sintiendo distrés emocional. A ello se suma, que se observaron diferencias en los beneficios de la intervención entre hombres y mujeres, por lo que al parecer fue más provechosa para el sexo femenino. Finalmente, los autores no descartan que las variables sociales hayan jugado un rol importante en los resultados, dado que el sistema de salud en Alemania cubre el tratamiento y la psicoterapia, por lo que hay menos carga económica para los participantes de su estudio en comparación con pacientes de otros lugares.

Por su parte, Fergus et al.⁽²⁷⁾ indican que las parejas reportaron un alto nivel de satisfacción con el programa en general y con el rol del facilitador en la plataforma (persona que atendía las dudas y daba retroalimentación). Adicionalmente, las parejas encontraron que el programa trajo beneficios para la relación en aspectos como, la comunicación, el autoconocimiento y el conocimiento del otro, la creación de oportunidades para dar sentido, la discusión con relación al cáncer, la afirmación sobre la fortaleza de la pareja y el incremento de cercanía entre ambos. Sin embargo, las díadas reportaron que el programa era intrusivo en sus vidas cotidianas, dado que interrumpía su rutina. Por otra parte, algunas personas percibieron impersonalidad en la intervención, dado que era netamente a través de una plataforma virtual.

En cuanto al artículo de Lewis et al.⁽²⁸⁾, los autores refieren que se obtuvo una mejoría significativa en el estado de ánimo depresivo de los esposos, la ansiedad, la autoconfianza y el autocuidado. Así mismo, en las entrevistas realizadas con las mujeres fue posible evidenciar que hubo cambios positivos en la comunicación acerca del cáncer y el apoyo marital, por lo que las mujeres se sentían con un bienestar mayor a nivel de pareja. Del mismo modo, hubo disminución en la tensión emocional y mejoría en la calidad de la relación. Los esposos afirmaron que uno de los mayores beneficios del programa, fue aprender a escuchar a sus esposas.

Fergus et al.⁽²⁹⁾ indican que en su intervención se enfocaron principalmente en dos temas: las dificultades existenciales y la resiliencia mutua. Las parejas informaron que los mayores beneficios que encontraron en los ejercicios es que estos fueron divertidos y les brindaron la oportunidad para compartir sus pensamientos y trabajar de una forma creativa. Adicionalmente, la intervención les permitió compartir la percepción personal que tenían sobre la enfermedad, lo que les ayudó a comprender que el cáncer afecta a ambos miembros de la pareja. Sin embargo, hubo algunas parejas que manifestaron no disfrutar tanto el ejercicio, dado que debían realizar una muestra artística y no se consideraban creativos.

Igualmente, para otros fue difícil realizar la actividad porque no encontraron la manera de vincular el significado que el cáncer de seno tenía para cada uno.

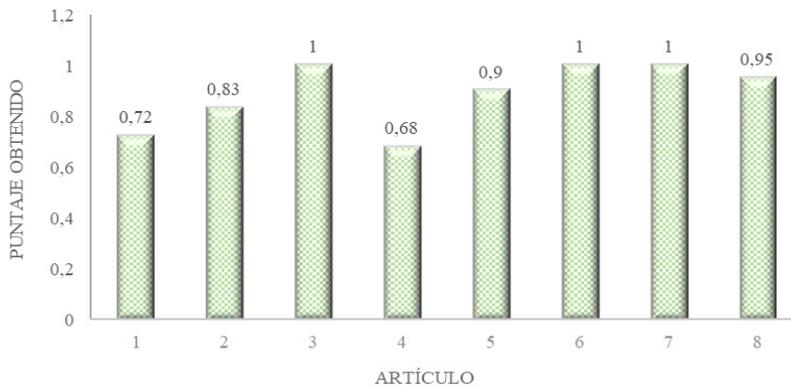
En el artículo de Nicolaisen et al.⁽³⁰⁾ se evidenció una disminución parcial de síntomas relacionados con ansiedad y depresión, pero estos efectos no se mantuvieron a largo plazo; por lo que no es posible demostrar que la intervención ayude a disminuir el distrés emocional en comparación con el cuidado usual. Sin embargo, sí se pudieron encontrar efectos significativos en cuanto al ajuste diádico en el grupo de intervención. Los autores afirman que, contrario a lo que se ha encontrado en otras investigaciones, no se recomienda ofrecer una intervención en las fases iniciales del diagnóstico. Más bien, sugieren que este tiempo puede ser más apropiado para los hombres, porque enfrentan cambios en la relación y en el tipo de apoyo que deben ofrecer, mientras las pacientes están preocupadas por los aspectos relacionados con la enfermedad.

Finalmente, Scott et al.⁽³¹⁾ aseguran que los resultados de su investigación muestran una mejoría parcial para el grupo de intervención (Can COPE). Por ejemplo, incrementó la comunicación de apoyo en pareja, hubo reducción del esfuerzo de afrontamiento, disminuyó el distrés emocional y decrecieron las cogniciones intrusivas negativas en la mujer. Además, se presentó mejoría en el autoesquema sexual de la mujer, la intimidad marital, y la percepción que ellas tenían acerca de la valoración de su pareja sobre su cuerpo. Sin embargo, los autores aseguran que es necesario tener cuidado con la interpretación de los resultados, ya que la muestra que participó en su estudio presentó desde el inicio de la investigación bajos nivel de criticismo y desacuerdo en su forma de comunicación, por lo que no es posible afirmar que la intervención generó un cambio significativo en dicha área. Así mismo, la modesta mejoría en la reducción del distrés emocional en las mujeres puede estar relacionada con un “*floor effect*”, lo que indica que inicialmente la mayoría de las participantes tenían un nivel moderado de distrés emocional, pero otras estaban en rangos que podrían categorizarse dentro de un desorden psiquiátrico, por lo que se presentaron sesgos en los resultados. Por otra parte, sugieren que puede ser provechoso brindar la ayuda terapéutica en etapas tempranas luego del diagnóstico. Un hallazgo importante es que las mujeres que estaban en relaciones maritales poco satisfactorias eran más propensas a abandonar el estudio, por lo que fue difícil contar con la participación de parejas con altos niveles de distrés psicológico.

Las investigaciones definieron el coping diádico como un factor que surge al enfrentar una situación disruptiva, en este caso el diagnóstico, el cual afectaba a ambos miembros de la pareja física y psicológicamente, por lo que la enfermedad era considerada como “nuestra”. En cuanto a las limitaciones más frecuentes, se encontró que la muestra era pequeña [1,2,4,5,6] o el poder de esta era limitado [8] como para generalizar los hallazgos. Además, las características sociodemográficas de los participantes eran homogéneas [4,5,6]. En el artículo 1 no se realizó un muestreo aleatorizado, en el 2 y en el 3 no es claro si los cambios son por la intervención o por la relación con otros, y en algunos hubo deserción [3,7,8].

Al aplicar los modelos de evaluación de Cook et al.⁽³²⁾ para estudios cualitativos y cuantitativos, los artículos obtuvieron las siguientes calificaciones: 0,72[1], 0,83[2], 1[3], 0,68[4], 0,90[5], 1 [6], 1[7] y 0,95[8]. Esto demuestra una alta calidad en las prácticas investigativas, porque son puntajes cercanos a 1 (Ver Figura 2).

Figura 2. Evaluación de los artículos



4. Discusión

El coping diádico es un proceso que envuelve la valoración del estrés relacionado con la enfermedad, la reacción a las respuestas del otro y el significado de la patología⁽³³⁾. Así, el afrontamiento en pareja es un proceso circular que se repite de manera continua, e inicia en el momento de estrés agudo del diagnóstico, y luego se presenta durante las demandas cotidianas⁽³³⁾. En este sentido, de acuerdo con Kayser⁽³³⁾, el coping diádico es un proceso cíclico que se experimenta en diferentes ocasiones, a lo largo de la enfermedad. Por ende, el coping cambia con frecuencia, dado que, durante la enfermedad las parejas viven situaciones que les exigen ajustarse constantemente; siendo una variable no lineal. De acuerdo con lo anterior, es comprensible que, en los artículos de Baucom et al.⁽²⁵⁾, Heinrich et al.⁽²⁶⁾ y Scott et al.⁽³¹⁾, en los cuales se realizó un seguimiento de un año, se observe mejoría inicial en habilidades de afrontamiento como la comunicación, pero este efecto solo sea a corto plazo. Por tanto, es posible constatar que, si bien las intervenciones ayudan a la pareja a afrontar determinado momento de la enfermedad, puede no ser suficiente con brindar ayuda en una única ocasión, sino que el apoyo debe ser continuo porque a lo largo del proceso se presentan múltiples cambios. Ahora bien, es importante recordar que el cáncer de mama es una enfermedad crónica, por lo que va a estar presente de una u otra forma toda la vida; sin embargo, el nivel de coping diádico inicial va a influir en el proceso posterior⁽³³⁾, por lo que es importante brindar apoyo a las parejas.

Pese a que el coping diádico ayuda a disminuir el estrés, este proceso es importante en el incremento de la intimidad, la cohesión y la confianza mutua⁽³⁴⁾. Lo cual se ve reflejado en los estudios, que tocaron temas como comunicación, ajuste marital e intimidad sexual. En las intervenciones, se siguió el modelo planteado por Zimmermann⁽³⁴⁾, por lo que éstas contienen tres aspectos: valoración diádica, coping diádico y ajuste diádico. Adicionalmente, la mayoría de las intervenciones se basaron en el modelo sistemático-transaccional⁽¹⁶⁾, el cual define que, frente a un estresor compartido, como el cáncer de mama, ambos individuos afrontan la situación de manera personal y colectiva, como unidad⁽³⁵⁾. Entonces, cada uno valora sus propias necesidades y posteriormente, ambos las comparten con el objetivo de

manejar el evento estresante. Lo que es contrario al modelo transaccional^(17,19), en el cual, durante una situación estresante un miembro de la pareja brinda el apoyo, y el otro lo recibe. Así, en los artículos evaluados el cáncer de mama se categoriza como “nuestra enfermedad”, lo cual refuerza la importancia de brindar apoyo a ambos miembros de la pareja. De acuerdo con Kayser⁽³³⁾ el coping diádico es un proceso relacional que involucra tres aspectos fundamentalmente: conciencia de la relación (estrés compartido), autenticidad (revelación honesta de sentimientos) y reciprocidad (empatía mutua). En la medida en la que cada pareja desarrolle estos aspectos, el proceso de afrontamiento es diferente, oscilando entre una “respuesta mutua” (cáncer de mama como enfermedad compartida) o una “evasión desconectada” (afrontamiento individual). Esta última tiene consecuencias negativas, dado que se asocia con baja satisfacción en la relación, disminución de la salud mental, comportamientos poco solidarios y distrés emocional⁽³³⁾.

Dicho esto, es posible recomendar que en futuras intervenciones se tenga en cuenta tanto a las mujeres que padecen cáncer de mama, como a sus parejas. Esto dado que la enfermedad afecta a ambos miembros en las esferas biopsicosociales. Así mismo, al desarrollar estrategias de afrontamiento diádico, se obtienen beneficios en la relación de pareja y en la manera en la que se le da manejo al cáncer, mejorando la calidad de vida. Además, es importante tal y como lo menciona Decker et al.⁽²⁴⁾ entrenar a las parejas en habilidades de comunicación, dado que es un tema particularmente importante en la disminución del distrés emocional. Adicionalmente, es necesario trabajar sobre temas relacionados con la psicoeducación, la intimidad sexual, el significado de la enfermedad, estrategias de afrontamiento en pareja, empatía y apoyo. Por otra parte, es recomendable realizar intervenciones que combinen encuentros cara a cara y por teléfono⁽²⁴⁾ dado que los participantes sienten mayor intimidad y pueden reducirse sesgos de deseabilidad social. En cuanto a las intervenciones online^(27,29), los participantes indicaron que estas pueden ser disruptivas con su rutina y las percibían como impersonales, por lo que es necesario evaluar si las parejas se sienten cómodas usando este medio de comunicación. En cuanto a la duración de cada sesión y el número de encuentros, los artículos evaluados no especifican qué cantidad sería adecuada; sin embargo, Decker et al.⁽²⁴⁾ refiere que 3 sesiones parecen ser suficientes. Siendo así, el promedio de tiempo de duración de cada sesión fue de 82,5 minutos, con un rango entre 60 y 120 minutos. Las intervenciones se realizaron luego del diagnóstico, lo cual es recomendado por Decker et al.⁽²⁴⁾, pero no por Nicolaisen et al.⁽³⁰⁾. Pese a ello, la evidencia sugiere que en vista de que el coping diádico es una variable no lineal⁽³³⁾, que cambia con el desarrollo de la enfermedad, es importante brindar apoyo psicológico en diferentes etapas del proceso. A ello se suma que, si se ofrecen herramientas en el momento agudo del diagnóstico inicial, el afrontamiento posterior será más adaptativo⁽³³⁾. Frente a lo anterior, es importante no perder de vista la relevancia que tiene establecer una buena relación entre el terapeuta y las parejas, dado que esto fomenta una mayor confianza y bienestar en los participantes⁽³¹⁾.

5. Conclusiones

Es posible indicar que la investigación y las intervenciones en parejas que afrontan el cáncer de mama, han sido limitadas. Por tanto, es importante que futuros estudios indaguen este tema a profundidad, puesto que es novedoso incluso en países

desarrollados y la incidencia de la enfermedad está incrementando. Así mismo, todos los estudios revelaron mejoría inicial en aspectos relacionados con el coping diádico como la comunicación, la intimidad sexual, la adaptación, entre otros. Sin embargo, en aquellos donde se realizó un seguimiento por más de un año^(25,26,31) fue posible evidenciar que los efectos eran a corto plazo. Esto se puede relacionar con el hecho de que, según la evidencia, el afrontamiento en pareja es una variable circular que puede cambiar a través de la enfermedad. Entonces, es importante brindar apoyo terapéutico a la pareja en diferentes momentos luego del diagnóstico, ya que si se trabaja desde el inicio es posible que el coping diádico sea adaptativo, e igualmente, responda a las necesidades de la pareja en momentos posteriores. Por otra parte, las intervenciones realizadas se basaron en la teoría sistémica-transaccional, donde el cáncer de mama es vivido como “nuestro”; lo que evidencia la necesidad de brindar apoyo a ambos integrantes. No obstante, quedan preguntas por responder en referencia al coping diádico y su rol en las enfermedades crónicas, las cuales actualmente demandan gran parte del tiempo en la atención médica.

6. Referencias bibliográficas

1. American Cancer Society. Breast Cancer Facts & Figures 2017-2018. Atlanta: American Cancer Society, 2017.
2. American Cancer Society. Factores de riesgo del cáncer de seno relacionados con el estilo de vida [internet]. Atlanta: American Cancer Society, 2018.
3. Globocan. Latin America and the Caribbean. Lyon: International agency for research on cancer, 2018.
4. Cuentas de Alto Costo. Especial cáncer, información preliminar sobre el reporte de cáncer y el proceso de atención en Colombia. Boletín de Información Técnica Especializada (Col) 2015; 1: 1-12.
5. American Cancer Society. Cancer Facts & Figures 2012-2014. Atlanta: American Cancer Society, 2012.
6. Cuenta de Alto Costo. Día mundial de la lucha contra el cáncer de mama. Boletín de Información Técnica Especializada (Col) 2017; 1: 1-8.
7. Pardo C, de Vries E. Supervivencia global de pacientes con cáncer en el Instituto nacional de Cancerología (INC). Rev Colomb Cancerol 2017; 21: 12-8. doi: 10.1016/j.rccan.2017.01.003
8. Gava R, Corte M, Vizoso F, Rodríguez J, Vázquez J, Lamelas L, et al. Importancia de la edad como factor pronóstico determinante de la variabilidad de las características clínico-patológicas de las pacientes con cáncer de mama. MEDIFAM 2002; 12: 379-86.
9. Finck C, Barradas S, Zenger M, Hinz A. Quality in breast cancer patients: Association with optimism and social support. IJCHP 2017; 18: 27-34. doi: 10.1016/j.ijchp.2017.11.002
10. Lostaunau V, Torrejón C, Cassaretto M. Estrés, afrontamiento y calidad de vida relacionada a la salud en mujeres con cáncer de mama. Actual Psicol 2017; 31: 75-90. doi: 10.15517/ap.v31i122.25345
11. Fernandes A, Cruz A, Moreira C, Santos M, Silva T. Social support provided to women undergoing breast cancer treatment: a study review. Adv Breast Cancer Res 2014; 3: 47-53. doi: 10.4236/abcr.2014.32007

12. Bloom J, Stewart S, Johnston M, Banks P, Fobair P. Sources of support and the physical and mental well-being of young women with breast cancer. *Soc Sci Med* 2001; 53: 1513-24. doi: 10.1016/S0277-9536(00)00440-8
13. Salakari M, Pylkkänen L, Sillanmäki L, Nurminen R, Rautava P, Koskenvuo M, et al. Social support and breast cancer: A comparative study of breast cancer survivors, women with mental depression, women with hypertension and healthy female controls. *Breast* 2017; 35: 85-90. doi: 10.1016/j.breast.2017.06.017
14. Perkins H. A guide to psychosocial and spiritual care at the end of life. San Antonio: Springer, 2016.
15. Brandão T, Schulz M, Matos P. Psychological intervention with couples coping with breast cancer: A systematic review. *Psychol Health* 2014; 29: 491-516, doi: 10.1080/08870446.2013.859257
16. Bondenmann G. Dyadic coping: A systemic-transactional view of stress and coping among couples: theory and empirical findings. *Eur Rev Appl Psychol* 1997; 47: 137-40.
17. Traa M, De vries J, Bodenmann G, Den oudsten B. Dyadic coping and relationship functioning in couples coping with cancer: A systematic review. *Br J Health Psychol* 2015; 28: 85-114. doi: 10.1111/bjhp.12094
18. Brandão T, Pedro J, Nunes N, Martins M, Costa M, Matos P. Marital adjustment in the context of female breast cancer: A systematic review. *Psychooncology* 2017; 26: 2019-29. doi: 10.1002/pon.4432
19. Regan T, Lambert S, Kelly B, Falconier M, Kissane D, Levesque J. Couples coping with cancer: exploration of theoretical frameworks from dyadic studies. *Psychooncology* 2015; 24: 1605-17. doi: 10.1002/pon.3854
20. Rodríguez Y, Costas R. El diagnóstico de cáncer de mama desde una perspectiva familiar: Retos para la Psico-oncología en América Latina. *Interam J Psychol* 2013; 47: 121-30.
21. Shields C, Rousseau S. A pilot of an intervention for breast cancer survivors and their spouses. *Fam Process* 2004; 43: 95-107.
22. Liberati A, Altman DG, Tetzlaff J, Mulrow C, Gøtzsche PC, Loannidis J, et al. The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate health care interventions: explanation and elaboration. *PLoS Med* 2009; 6: 1-28. doi: 10.1371/journal.pmed.1000100
23. Katz C, Bösch G, Herzog R. Group-therapy of couples after breast cancer diagnosis: Experimental pilot study. *Anticancer Res* 1998; 18(3C) :2267-9.
24. Decker CL, País S, Miller KD, Goulet R, Fife BL. A brief intervention to minimize psychosexual morbidity in dyads coping with breast cancer. *Oncol Nurs Forum* 2012; 39: 176-85. doi: 10.1188/12.ONF.176-185
25. Baucom D, Porter L, Kirby J, Gremore T, Wiesenthal N, Aldridge W, et al. A couple-based intervention for female breast cancer. *Psychooncology* 2009; 18: 276-83. doi: 10.1002/pon.1395
26. Heinrichs N, Zimmermann T, Huber B, Herschbach P, Russell DW, Baucom DH. Cancer distress reduction with a couple-based skills training: A randomized controlled trial. *Ann Behav Med* 2012; 43: 239-52. doi: 10.1007/s12160-011-9314-9
27. Fergus K, McLeod D, Carter W, Warner E, Gardner S, Granek L, et al. Development and pilot testing of an online intervention to support young couples' coping and adjustment to breast cancer. *Eur J Cancer Care* 2014; 23: 481-92. doi: 10.1111/ecc.12162
28. Lewis F, Cochrane B, Fletcher K, Zahlis E, Shands M, Gralow J, et al. Helping her heal: A pilot study of an educational counseling intervention for spouses of women with breast cancer. *Psychooncology* 2008; 17: 131-7. doi: 10.1002/pon.1203

29. Fergus K, Ahmad S, Ianakieva I, McLeod D, Carter W. Metaphor and meaning in an online creative expression exercise to promote dyadic coping in young couples affected by breast cancer. *Arts Health* 2017; 9: 139–53. doi: /10.1080/17533015.2016.1208667
30. Nicolaisen A, Hagedoorn M, Hansen D, Flyger H, Chistensen R, Rottmann N, et al. The effect of an attachment-oriented couple intervention for breast cancer patients and partners in the early treatment phase: A randomised controlled trial. *Psychooncology* 2018, 27: 922–8. doi: 10.1002/pon.4613
31. Scott J, Halford K, Ward B. United we stand? The effects of a couple-coping intervention on adjustment to early stage breast or gynecological cancer. *J Consult Clin Psychol* 2004; 72: 1122–35. doi: 10.1037/0022-006X.72.6.1122
32. Cook L, Kmet L, Lee R. Standard quality assessment criteria for evaluating primary research papers from a variety of fields. Alberta: Alberta Heritage Foundation for Medical Research, 2004.
33. Kayser K, Watson L, Andrade J. Cancer as a “we-disease”: Examining the process of coping from a relational perspective. *Fam Syst Health* 2007; 25: 404-18. doi: 10.1037/1091-7527.25.4.404
34. Zimmermann T. Intimate relationships affected by breast cancer: Interventions for couples. *Breast Care* 2015; 10: 102-8. doi: 10.1159/000381966
35. Bard H, Carmack C, Kashy D, Cristifanilli M, Revenson T. Dyadic coping in metastatic breast cancer. *Health Psychol* 2010; 29: 169-80. doi: 10.1037/a0018165