

La funcionalidad conyugal como factor asociado con las diferentes estrategias de afrontamiento al cáncer de mama

Ilse Hernández Herrera¹ , Lilia-Susana Gallardo-Vidal^{2*} , Prishila-Danae Reyes-Chavez³ , Patricia Flores-Bautista⁴ , Tanya Paola Rodríguez Carranza⁵ , María Fernanda Aguilar Etchegaray⁶ 

<https://dx.doi.org/10.5209/psic.98166>

Aceptado: 22 de abril de 2024 / Aceptado: 3 de mayo de 2024

Resumen: Objetivo: La pareja es el primer apoyo a la mujer con cáncer de mama, alivia el impacto del padecimiento al hacerla sentirse amada, apoyada, acompañada, lo que facilita el afrontamiento, la integración social, y el bienestar psicológico. Por lo que el objetivo del presente estudio es determinar la funcionalidad conyugal como factor asociado con las diferentes estrategias de afrontamiento al cáncer de mama. Método: Estudio transversal analítico en mujeres con cáncer de mama atendidas en el servicio de oncología en Querétaro, México. Se conformaron dos grupos, aquellos con funcionalidad conyugal y sin funcionalidad conyugal medidos a través de la escala de Chávez Velazco. Las estrategias de afrontamiento se evaluaron con el Inventario de Estrategias de Afrontamiento. El análisis estadístico incluyó Chi cuadrada y Odds Ratio. Resultados: Las estrategias de afrontamiento adaptativas predominaron en el grupo con funcionalidad conyugal ($p < 0,001$) la más utilizada fue apoyo social 79,2% ($p < 0,001$), en el grupo con disfuncionalidad conyugal predominó la retirada social 72,0% ($p < 0,001$). Conclusión: La estrategia de afrontamiento “expresión emocional” fue la que mayor fuerza de asociación tuvo en el grupo con funcionalidad conyugal. La funcionalidad conyugal está fuertemente asociada con las estrategias de afrontamiento adaptativas.

¹ Ilse Hernández Herrera. Unidad de Medicina Familiar N°13, Instituto Mexicano del Seguro Social, Querétaro, México. ORCID: 0009-0009-9999-4482

E-mail: ilseep_live.com.mx

² Lilia-Susana Gallardo-Vidal. Unidad de Medicina Familiar N°13, Instituto Mexicano del Seguro Social, Querétaro, México. ORCID: 0000-0002-7279-284X

E-mail: eleonor.baker74@gmail.com y susi2947@gmail.com

³ Prishila-Danae Reyes-Chavez. Unidad de Medicina Familiar N°16, Instituto Mexicano del Seguro Social, Querétaro, México. ORCID: 0000-0003-2456-214X

E-mail: prishila.reyes@imss.gob.mx

⁴ Patricia Flores-Bautista. Unidad de Medicina Familiar N°16, Instituto Mexicano del Seguro Social, Querétaro, México. ORCID: 0000-0002-5674-9745

E-mail: alexpatflores13@hotmail.com

⁵ Tanya Paola Rodríguez Carranza. Unidad de Medicina Familiar N°13, Instituto Mexicano del Seguro Social, Querétaro, México. ORCID: 0009-0002-7641-7825

E-mail: Imispau@gmail.com

⁶ María Fernanda Aguilar Etchegaray. Unidad de Medicina Familiar N°13, Instituto Mexicano del Seguro Social, Querétaro, México. ORCID: 0009-0008-1802-9916

E-mail: 2298fa@gmail.com

* Dirección de correspondencia: Lilia-Susana Gallardo-Vidal. Unidad de Medicina Familiar N°13, Instituto Mexicano del Seguro Social, Av. 5 de febrero N° 102. Col. Centro CP 76000, Santiago de Querétaro. E-mail: eleonor.baker74@gmail.com y susi2947@gmail.com

Palabras clave: Funcionalidad conyugal, estrategias de afrontamiento, cáncer de mama, escala de Chávez Velazco.

ENG Marital functionality as an associated factor with different strategies for coping with breast cancer

ENG Abstract: Objective: The partner is considered the first social support in breast cancer, it alleviates the impact of the condition by making feel loved, supported, and accompanied, thus facilitating coping, social integration, and psychological well-being. Therefore, the objective of this study is to determine the marital functionality as an associated factor with the different coping strategies in breast cancer. Method: Cross-sectional analytical association study in women with the diagnosis of breast cancer treated in the oncology department from Querétaro, Mexico. Two groups were formed a) With marital functionality and b) Without marital functionality, measured through the Chavez Velazco scale. The strategies for coping were evaluated through the Coping Strategies Inventory. The statistical analysis included Chi-square and Odds Ratio. Results: Adaptive coping strategies predominated in the group with marital functionality ($p < 0.001$), being the main one in social support at 79.2% ($p < 0.001$), in the group with marital dysfunction social withdrawal predominated at 72% ($p < 0.001$). Conclusions: The coping strategy of "emotional expression" had the greatest association strength for with marital functionality. Marital functioning is strongly associated with adaptive coping strategies.

Keywords: Marital functionality, coping strategies, breast cancer, Chavez Velazco scale.

Sumario: 1. Introducción 2. Método 3. Resultados 4 Discusión 5. Conclusiones 6. Referencias bibliográficas

Cómo citar: Hernández Herrera I, Gallardo-Vidal LS, Reyes-Chavez PD, Flores-Bautista P, Rodríguez Carranza TP, Aguilar Etcheagaray MF. La funcionalidad conyugal como factor asociado con las diferentes estrategias de afrontamiento al cáncer de mama. *Psicooncología* 2024; 21: 195-206. <https://dx.doi.org/10.5209/psic.98166>

1. Introducción

El cáncer de mama es un problema de salud pública. Tan solo en 2020 se registraron más de 2,2 millones de casos y murieron cerca de 685,000 mujeres en todo el mundo debido a este padecimiento. Se ha estimado que, tanto los casos positivos y decesos debidos al cáncer de mama, en su mayoría, se han registrado en países de ingresos económicos bajos y medios⁽¹⁾. En México, de acuerdo con el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), es la primera causa de muerte debido a carcinoma en mujeres⁽²⁾. El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) reportó que en el año 2020 esta enfermedad fue la más frecuente, con una tasa de incidencia de 40,5 y de mortalidad de 10,6 por 100.000 habitantes⁽³⁾.

Tras el diagnóstico de cáncer de mama, la mujer enfrenta diferentes cambios importantes en su vida, y se encuentra en una situación de máxima vulnerabilidad^(4,5) así mismo la familia también experimenta estos cambios y en conjunto con la paciente sufren diferentes sentimientos⁽⁶⁾, desgaste físico, económico y emocional⁽⁷⁾, y afección en la calidad de vida⁽⁸⁾. Diversos estudios han mostrado que estos cambios tienen un impacto también en la funcionalidad conyugal que forma parte del subsistema conyugal de la familia, donde se refiere al principal apoyo en las pacientes, que se constituye cuando un hombre y una mujer deciden unirse con la intención de constituir una familia, teniendo entre las principales cualidades para la implementación de sus tareas la complementariedad y acomodación mutua. Cuando un paciente presenta una enfermedad crónica,

estos tres aspectos en la relación de pareja se ven mermados de una forma tan importante que pueden producir disfunción en el subsistema conyugal. El análisis de la funcionalidad de la relación del subsistema conyugal es de trascendental importancia para todo el grupo familiar, pues se sabe que gran parte de los problemas familiares pueden provocar disfunción en el subsistema conyugal, y está relacionado con la depresión⁽⁹⁾, por lo cual el apoyo familiar constituye una fuente de fortaleza para la adaptación a este nuevo padecer⁽⁶⁾.

Dentro de las fases que se presentan en las crisis familiares en el cáncer de mama están la desorganización por el impacto en el diagnóstico, la recuperación-adaptación de evento y la reorganización⁽⁶⁾.

Las estrategias de afrontamiento son empleadas durante eventos estresantes⁽¹⁰⁾ para alcanzar el equilibrio⁽⁴⁾, adaptación⁽⁵⁾, disminuir la ansiedad generada⁽¹¹⁾. Se trata de un recurso psicológico para enfrentar escenarios estresantes sin ninguna garantía de éxito, su utilidad radica en generar, evitar o disminuir conflictos en los seres humanos contribuyendo a su fortalecimiento para manejar de la mejor manera posible las demandas internas y externas del padecimiento⁽¹²⁾.

Para evaluar las estrategias de afrontamiento Cano y colaboradores en 2007 adaptaron un instrumento en donde se evalúan ocho dimensiones de estilos de afrontamiento: a) Resolución de problemas, b) Reestructuración cognitiva, c) Apoyo social, d) Expresión emocional, e) Evitación de problemas, f) Pensamiento desiderativo, g) Retirada social y, h) Autocrítica. Las primeras cuatro son adaptativas y las siguientes son no adaptativas, las cuales difieren en su naturaleza positiva o evolutiva ante las circunstancias o que no lo es⁽¹³⁾.

Debido a que el cáncer de mama es considerado un evento estresante, la evaluación de estas estrategias en las pacientes es importante debido al alarmante incremento en los casos a nivel mundial, así como el estudio psicológico de las pacientes que padecen la enfermedad. Incluso se ha encontrado que las mujeres que asisten a realizarse estudios complementarios para el diagnóstico de este tipo de cáncer mostraron niveles significativos de ansiedad anticipatoria, así como estado de ánimo deprimido previo al screening con prueba de mastografía, demostrando el efecto del estrés sobre la condición neuropsicológica de las pacientes⁽¹⁴⁾. De igual manera, se ha mostrado que la ansiedad y la depresión tienen una repercusión en el estado físico y la funcionalidad en pacientes con cáncer mientras reciben el tratamiento de quimioterapia.

El acompañamiento de la pareja en el proceso del duelo del cáncer de mama es fundamental, ya que genera una sensación seguridad, bienestar, y tranquilidad ante el proceso que vive, y se ve reflejado en la autoestima, mayor adherencia terapéutica, una mejor respuesta al tratamiento⁽⁹⁾, pronóstico y calidad de vida⁽¹⁵⁾, favorece el uso de estrategias de afrontamiento más adaptativas que le permitan tomar mejores decisiones y reducir el estrés generado por el padecimiento⁽¹⁶⁾.

El cónyuge además de ser un apoyo emocional como puede ser el que la paciente se sienta escuchada, querida y acompañada, aporta un apoyo económico, en las tareas físicas, en labores específicas de roles, consejos sugerencias, puntos de vista, lo que permiten a la mujer sentirse querida, escuchada y acompañada⁽¹⁶⁾.

Por lo tanto, el objetivo del presente trabajo es determinar la Funcionalidad Conyugal como factor asociado con las diferentes estrategias de Afrontamiento al cáncer de mama. Al igual que evaluar características sociodemográficas, etapas clínicas encontradas, el tratamiento otorgado.

2. Método

Se realizó un estudio transversal, analítico, para ver la asociación entre la funcionalidad conyugal y las diferentes estrategias de afrontamiento al cáncer de mama.

Se incluyeron mujeres con diagnóstico de cáncer de mama de cualquier edad que actualmente tienen vida de pareja que acudan al servicio de Oncología de una institución pública.

Se dividieron en dos grupos en base a la funcionalidad conyugal que fue determinada a través de la escala de Chávez-Velasco; grupo 1: Pacientes con funcionalidad conyugal aquellas que tuvieron 71-100 puntos; y grupo 2: Pacientes con disfuncionalidad conyugal que presentaron de 0-70 puntos en la escala.

Se excluyeron pacientes con diagnóstico previo de enfermedad psiquiátrica, déficit funcional o cognitivo que les impida responder el instrumento y embarazadas. Se eliminaron a las pacientes que no contestaron la totalidad de los cuestionarios y/o que decidieron retirarse del estudio.

Se calculó la muestra de acuerdo a la fórmula de Proporciones para 2 poblaciones o más con un nivel de confianza del 95% ($Z\alpha=1,64$), un poder de la prueba del 80% ($Z\beta=0,84$), tomando en cuenta la prevalencia de funcionalidad conyugal en un 60,0%, y 40,0% de disfuncionalidad conyugal que dio un total de 40 pacientes por grupo.

El muestreo fue no aleatorio por casos consecutivos, usando como marco muestral el listado de pacientes citadas a consulta de oncología para ese día.

El protocolo de investigación se registró ante el Comité de Ética e Investigación de la Institución de Salud. A las pacientes que desearon participar en el estudio previamente firmaron el consentimiento informado, y posteriormente se les aplicó un cuestionario para recabar variables sociodemográficas, el inventario de estrategias de afrontamiento, y la escala de funcionalidad conyugal.

Al término se dio a conocer su resultado y cuando requirieron una intervención psicológica fueron derivadas a un experto.

Las estrategias de afrontamiento al cáncer fueron medidas a través del Inventario de Estrategias de Afrontamiento cuya versión en inglés es de Tobbin, Holroyd, Reynolds y Wigal (1989) de 72 ítems, adaptado al castellano por Cano y cols.(13), quedando de 40 ítems, y validado en México en la UNAM, con los 40 ítems. Con Alfas de Cronbach superiores a 0,7 en cada dimensión evaluada.

Este inventario de estrategias de afrontamiento valora 8 dimensiones de estilos de afrontamientos: a) Resolución de problemas: estrategias que tienen como objetivo eliminar o disminuir el estrés al modificar la situación que lo produce, b) Reestructuración cognitiva: estrategia que cambia el significado de la situación de estrés, c) Apoyo social: estrategia que lleva a la paciente a la búsqueda de apoyo emocional, d) Expresión emocional: estrategias que le permite a la paciente manifestar sus emociones y con esto liberar el estrés, e) Evitación de problemas: estrategia que lleva a la paciente evitar pensamientos, emociones, o actos relacionados con el acontecimiento estresante, f) Pensamiento desiderativo: refleja el deseo de que la realidad no fuera estresante, y la paciente toma decisiones en relación a lo que desearía y no a la realidad, g) Retirada social: las pacientes se alejan totalmente de su entorno, tanto amigos, familiares, compañeros y personas significativas, h) Autocrítica: estrategia basada en la auto-inculpación de la paciente por la ocurrencia de su situación actual.

La evaluación de la funcionalidad del subsistema conyugal mediante la escala de Chávez-Velasco, es un instrumento validado en población mexicana desde 1994 en el IMSS, con una confiabilidad de 0,91. Toma en cuenta las principales funciones que tiene el subsistema conyugal. Evalúa los siguientes parámetros: a) Comunicación: evalúa que la comunicación con la pareja sea directa, clara y congruente, b) Adjudicación y asunción de roles: que la pareja cumpla los roles y estén satisfechos, c) Satisfacción sexual: evalúa la frecuencia y satisfacción de las relaciones sexuales, d) Afecto: manifestaciones físicas de afecto y el tiempo que se dedican mutuamente, e) Toma de decisiones: evalúa si las decisiones importantes se toman de manera conjunta⁽¹⁷⁾.

Los resultados se analizaron por medio de frecuencias porcentaje, y para determinar la asociación entre la funcionalidad familiar y las estrategias de afrontamiento se aplicó la prueba de Chi cuadrada (X^2) y para estimar la fuerza de asociación el Odds Ratio (OR) con un intervalo de confianza del 95%.

3. Resultados

La edad promedio de las pacientes entrevistadas fue de $51,5 \pm 9,08$ años de edad.

En ambos grupos predominaron las casadas, la religión católica, ocupación empleada, en el grupo con funcionalidad conyugal predominó la escolaridad de licenciatura 37,5% y en el grupo con disfuncionalidad conyugal el bachillerato 35,9% ($p=0,845$), (Tabla 1).

Tabla 1. Características sociodemográficas de las pacientes con cáncer de mama

	Funcionalidad conyugal		Disfuncionalidad conyugal		Valor de p
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
Estado civil					
Casada	62	86,1	48	75,0	0,10
Unión libre	10	13,9	16	25,0	
Religión					
Católica	48	66,7	42	65,5	0,41
Cristiana	18	25,0	14	21,9	
Testigo de Jehová	2	2,80	3	4,70	
Ateo	2	2,80	0	0,00	
Otra	2	2,80	5	7,80	
Escolaridad					
Analfabeta	3	4,20	2	3,10	0,84
Primaria	1	1,40	2	3,10	
Secundaria	11	15,3	14	21,9	
Bachillerato	26	36,1	23	35,9	
Licenciatura	27	37,5	21	32,8	
Posgrado	4	5,60	2	3,10	
Ocupación					
Ama de casa	19	26,4	21	32,8	32,8
Empleada	39	54,2	32	50,0	
Obrera	4	5,60	7	10,9	
Otro	10	13,9	4	6,30	

Pruebas de X^2 , con un nivel de confianza del 95%.

El grupo con funcionalidad conyugal presentó en un 7% una etapa inicial del cáncer, y un 93% de ellas presentaron un cáncer localmente avanzado. En el caso del grupo con disfuncionalidad familiar la etapa clínica inicial la presentó en un 4.7% y cáncer localmente avanzado en un 95.3% ($p= 0,872$).

Ninguno de los grupos presentó etapas terminales de la enfermedad.

Con respecto al tipo de tratamiento de las pacientes con cáncer de mama encuestadas, en ambos grupos predominó la cirugía y quimioterapia parenteral, seguido de la quimioterapia oral, cirugía más quimioterapia parenteral en el grupo de funcionalidad conyugal ($p=0,872$). En ninguno de los grupos se presentó el tratamiento conservador (Tabla 2).

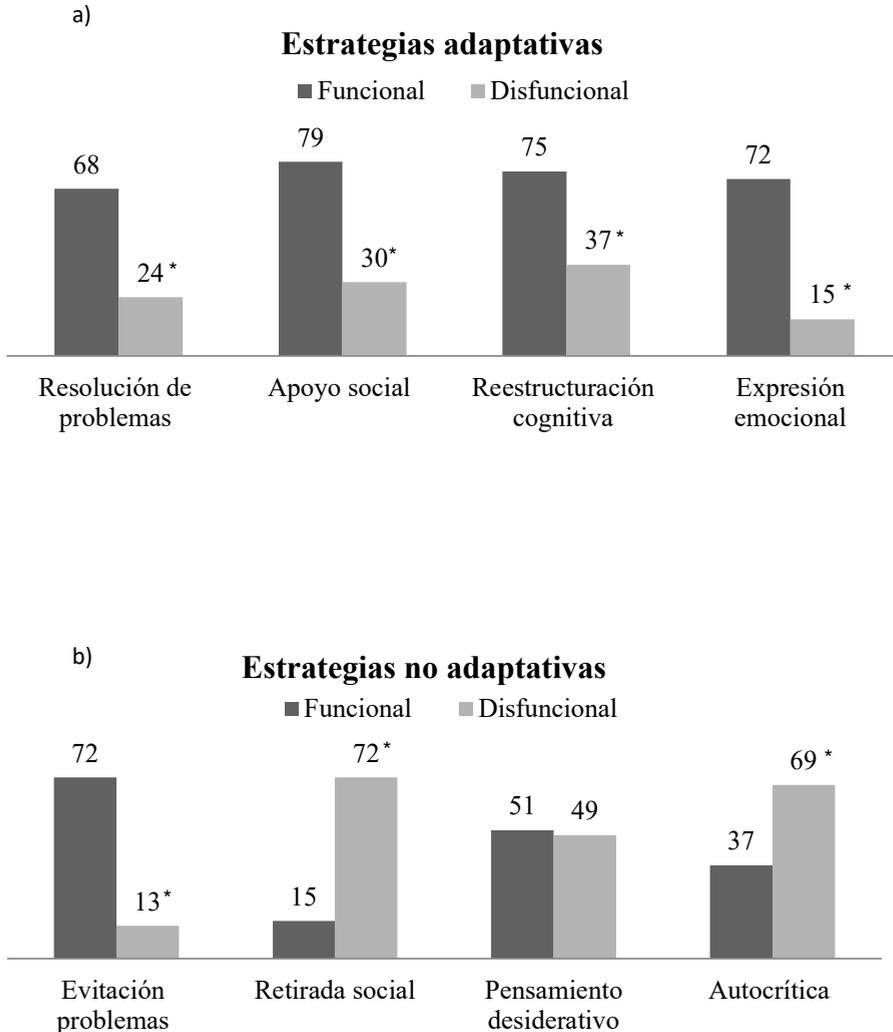
Tabla 2. Tipo de tratamiento recibido por paciente con cáncer de mama

Tipo de tratamiento	Funcionalidad conyugal		Disfuncionalidad conyugal		Valor de p
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
Cirugía	5	6,90	3	4,70	0,872
Radioterapia	0	0,00	1	1,60	
Quimioterapia parenteral	4	5,60	5	7,80	
Quimioterapia oral	9	12,5	5	7,80	
Cirugía + quimioterapia parenteral	47	65,3	43	67,2	
Cirugía + radioterapia + quimioterapia parenteral	5	6,90	5	7,80	
Cirugía + radioterapia	2	2,80	2	3,10	

Pruebas de X^2 , prueba exacta de Fisher, con un nivel de confianza del 95%.

De acuerdo al tipo de estrategias de afrontamiento, en el grupo con funcionalidad conyugal predominaron las estrategias adaptativas (Figura 1a), en el caso de las estrategias de afrontamiento no adaptativas, la retirada social y la autocrítica predominó en el grupo con disfuncionalidad conyugal ($p \leq 0,05$); No hubo diferencias significativas en la estrategia "Pensamiento desiderativo" en ambos grupos (Figura 1b).

Figura 1. Estilos de afrontamiento encontrados en las pacientes con cáncer de mama.



*Obtenido del "Inventario de Estrategias de Afrontamiento". Pruebas de X^2 , con un nivel de confianza del 95%. * $p < 0,05$

La relación entre las estrategias de afrontamiento durante el cáncer de mama con la etapa clínica mostró una $p = < 0,05$ en la etapa clínicamente avanzado en resolución de problemas, apoyo social, reestructuración cognitiva, expresión emocional, evitación de problemas, retirada social y autocrítica. No se presentaron diferencias significativas en la etapa clínica inicial y las diferentes estrategias de afrontamiento en ambos grupos (Tabla 3).

Tabla 3. Relación entre las diferentes estrategias de afrontamiento al cáncer de mama y su etapa clínica en ambos grupos. *Prueba de X² con un nivel de confianza del 95%, obtenido del "Inventario de Estrategias de Afrontamiento"

*Estrategia de afrontamiento	Etapa Clínica	Funcionalidad conyugal		Disfuncionalidad conyugal		Valor de p
		Frecuencia	%	Frecuencia	%	
Resolución de problemas	Inicial	3	60	3	100	0,357
	Localmente avanzado	46	69	12	20	<0,001
Apoyo social	Inicial	2	40	3	100	0,179
	Localmente avanzado	55	82	16	26	<0,001
Reestructuración cognitiva	Inicial	4	80	1	33	0,286
	Localmente avanzado	50	75	23	38	<0,001
Expresión emocional	Inicial	4	80	1	33	0,286
	Localmente avanzado	48	72	9	15	<0,001
Evitación de problemas	Inicial	4	80	3	100	0,625
	Localmente avanzado	48	71	10	16	<0,001
Retirada social	Inicial	2	40	3	100	0,179
	Localmente avanzado	9	13	43	71	<0,001
Pensamiento desiderativo	Inicial	4	80	3	100	0,625
	Localmente avanzado	47	70	46	76	0,320
Autocrítica	Inicial	3	60	2	67	0,714
	Localmente avanzado	24	36	42	69	<0,001

*Obtenido del "Inventario de Estrategias de Afrontamiento". Pruebas de X², prueba exacta de Fisher, con un nivel de confianza del 95%.

La relación entre las estrategias de afrontamiento durante el cáncer de mama con la etapa clínica mostró una $p < 0.05$ en la etapa clínicamente avanzado en resolución de problemas, apoyo social, reestructuración cognitiva, expresión emocional, evitación de problemas, retirada social y autocrítica. La expresión emocional (RM=14,04; $p < 0,001$), el apoyo social (RM= 9,00; $p < 0,001$) y la resolución de problemas (RM=6,95; $p < 0,001$) son las estrategias de afrontamiento adaptativas que mayor fuerza de asociación presentaron. No se demostró asociación en el pensamiento desiderativo ($p = 0,450$) (Tabla 4).

Tabla 4. Funcionalidad conyugal y su asociación con las diferentes estrategias de afrontamiento en pacientes con cáncer de mama

*Tipo de estrategia de afrontamiento	RM	IC 95%		Valor de p
		Min	Max	
Resolución de problemas	6,959	3,250	14,904	<0,001
Apoyo social	9,000	4,119	19,666	<0,001
Reestructuración cognitiva	5,000	2,397	10,430	<0,001
Expresión emocional	14,040	6,005	32,824	<0,001
Evitación de problemas	10,200	4,592	22,655	<0,001
Retirada social	0,071	0,030	0,164	<0,001
Pensamiento desiderativo	0,473	0,344	1,605	0,450
Autocrítica	0,273	0,134	0,556	<0,001

*Obtenido del "Inventario de Estrategias de Afrontamiento". Pruebas de X², Razón de Momios con un nivel de confianza del 95%.

4. Discusión

La familia en conjunto con la mujer que es diagnosticada con cáncer de mama experimentan un colapso generalizado, los hijos sufren distanciamiento con la madre, el cónyuge experimenta un alejamiento sexual⁽⁹⁾, especialmente en las pacientes con mastectomía⁽¹⁵⁾ y el efecto de alopecia por las quimioterapias que afectan en su autopercepción⁽⁵⁾ de haber perdido su feminidad y atractivo sexual^(7,18), por lo que la funcionalidad familiar y conyugal se ponen en riesgo y esta crisis puede ser la antesala de una ruptura familiar⁽⁶⁾.

La buena relación familiar, conyugal y social le permite a la mujer que padece cáncer de mama un afrontamiento más adaptativo, por lo que el abordaje psicológico tanto personal, familiar y conyugal son imprescindibles⁽¹³⁾.

Respecto a las características sociodemográficas, no hubo diferencias significativas entre las casadas o en unión libre con la funcionalidad familiar. El estado civil puede influir en el pronóstico de la enfermedad, ya que las casadas cuentan con apoyo social y psicológico que aminora la ansiedad, angustia y estrés⁽¹⁶⁾.

A pesar de no presentar diferencias significativas entre la escolaridad en ambos grupos llama la atención que predomina una mayor escolaridad en el grupo con funcionalidad conyugal, y de acuerdo a otros estudios se ha podido demostrar que a mayor escolaridad las pacientes con cáncer de mama presentan un afrontamiento más adaptativo^(7,13). Desafortunadamente en gran parte de poblaciones en desarrollo las mujeres con cáncer de mama tienen un grado de escolaridad bajo, por lo que es una desventaja para estos grupos^(7,19).

En países subdesarrollados como México el cáncer de mama se detecta de forma tardía⁽²⁰⁾, por lo que el manejo farmacológico y quirúrgico se prescribe de manera más agresiva, y esto afecta directamente en la capacidad de afrontamiento de las pacientes⁽¹³⁾. En el presente estudio se observó que en ambos grupos predominó el CMLA, etapa clínica que se manifiesta por grandes tumores (T3-4) y/o gran carga adenopática sin metástasis a distancia que incluye estadios clínicos IIb, IIIa, IIIb y IIIc; con una afectación importante al volumen mamario que infiltra la piel, y puede ulcerarse y/o afectar a ganglios linfáticos regionales.

Generalmente en esta etapa clínica el manejo es más agresivo y mutilante, y comprende desde radioterapia a dosis excesivamente altas, seguida de mastectomía radical, y quimioterapia⁽²⁰⁾, lo que genera mayores niveles de ansiedad.

A pesar de que se ha podido demostrar que estos tratamientos agresivos no reducen la mortalidad y se incrementa la morbilidad posoperatoria, la recurrencia de la enfermedad y muerte, es una realidad que aún se siguen realizando⁽²⁰⁾. Afortunadamente en nuestra población fueron pocas las mujeres que recibieron los tres tratamientos combinados y en su mayoría recibieron cirugía más quimioterapia.

Llama la atención que ambos grupos no presentaron diferencias significativas en relación a la etapa clínica, sin embargo cuando se analizó por estrategia de afrontamiento, se pudo demostrar una diferencia significativa entre la etapa localmente avanzada y cada una de las estrategias en ambos grupos, lo que hace pensar que la etapa del cáncer no afecta de manera directa al tipo de estrategia de afrontamiento, pero si el funcionamiento conyugal a la manera en que la paciente afronta el padecimiento. Hasta el momento no existe bibliografía para comparar estos resultados.

El uso de las estrategias de afrontamiento frente a enfermedades como el cáncer son fundamentales para el proceso de adaptación, resiliencia^(21,22), adherencia terapéutica y el pronóstico de la enfermedad, desafortunadamente no todos los estilos de afrontamiento son benéficos, ya que existen afrontamientos no adaptativos o también conocidos como evitativos, o pasivos⁽²³⁾, que adoptan una postura pesimista de fatalidad, resignación, negación, aislamiento, auto culpabilidad y favorecen el detrimento, el mal apego al tratamiento, la ansiedad, estrés y mal pronóstico de la enfermedad⁽¹³⁾.

Se pudo demostrar que el grupo con funcionalidad conyugal la mayoría de las estrategias de afrontamiento que utilizó fueron las adaptativas, similar a lo encontrado en otros estudios⁽⁷⁾ no así en el grupo con disfuncionalidad conyugal ($p \leq 0,05$), lo que les da una desventaja a este último grupo.

La estrategia adaptativa más utilizada por el grupo de funcionalidad conyugal fue el apoyo social, que es un pilar importante como soporte ante los efectos nocivos de inestabilidad emocional, tendencia pesimista ante el presente y futuro de las pacientes con cáncer de mama, ya que percibir un apoyo social bueno es equivalente a sentirse amado y estimado^(16,24).

La pareja es considerada el primer apoyo social con que cuenta la mujer con cáncer de mama, por lo que el poder sentirse amada, cuidada por la pareja alivia el impacto del padecimiento, facilita el afrontamiento, la integración social, el bienestar psicológico, aspectos que favorecen el grado de adaptación ante un estímulo tan estresante como es el cáncer^(16,24).

La reestructuración cognitiva es una herramienta muy grande en las pacientes con cáncer de mama y de otras enfermedades crónico-degenerativas, permite a la paciente modificar la manera en que ve la situación⁽²⁵⁾, quitarle ese sentido catastrofista y distorsionado para dirigir la situación a un plano más positivo y propositivo, por eso la terapia cognitivo conductual hasta la fecha sigue siendo una herramienta efectiva, para que la persona aprenda a controlar los pensamientos automáticos negativos y los sustituye por unos más válidos⁽²⁶⁾.

Llama la atención que en este estudio, las estrategias centradas en el problema se presentaron de manera diferente a otras investigaciones en donde la resolución de problemas es la estrategia más empleada por las pacientes con cáncer de mama^(5,7,13), mientras que en esta población ocupó el último lugar en las estrategias adaptativas, aunque es importante comentar que esta población además del cáncer de mama se caracteriza por tener una relación conyugal funcional, lo que puede hacer pensar que la buena relación en pareja puede dar a la paciente una sensación de seguridad, respaldo, y de sentirse cuidada por su cónyuge, y no necesite como medio regulatorio el tener que resolver los problemas sola, y se refleja en el predominio de la estrategia evitación de problemas en donde se pudo demostrar una diferencia significativa en comparación con el grupo de mujeres con disfuncionalidad conyugal, por lo que es necesario realizar una línea de investigación en este tema específico para poder demostrar esta hipótesis.

En relación a las estrategias de afrontamiento no adaptativas llama la atención que el grupo con disfuncionalidad conyugal la retirada social y la autocrítica predominaron significativamente en comparación con el grupo con funcionalidad conyugal.

Tomando en cuenta estos resultados se puede pensar que el grupo con disfuncionalidad conyugal tiene más desventajas ya que pocas de las mujeres con cáncer de mama utilizaron estrategias adaptativas, lo que puede ser un riesgo para la progresión de la enfermedad, en su calidad de vida e incremento en la tensión emocional^(24,27).

Los lazos sociales son una parte importante dentro de las unidades de primer nivel de atención, ya que favorecen la estabilidad emocional y la tendencia positiva ante el presente y el futuro y una mejor calidad de vida⁽²⁴⁾.

Generalmente en las parejas disfuncionales existe una falta de comunicación o una comunicación ineficaz, no hay intercambio de roles, no existe satisfacción sexual, lo que se ve reflejado en los resultados obtenidos.

En el presente estudio se puede observar que una mujer que padece cáncer de mama con disfunción conyugal, afronta sola su enfermedad, se aísla no solamente de su pareja, también de la sociedad, no se siente querida, protegida, cuidada por su cónyuge, oculta sus pensamientos y sentimientos con respecto a su padecer, y además se culpa de lo que está viviendo, lo que se puede pensar que dentro de esa disfuncionalidad también puede estar escondido algún tipo de violencia, que no le permita a la mujer tener algún tipo de apoyo social, aunque cabe referir que esto sólo son hipótesis planteadas a partir de los resultados encontrados.

En Cuba la violencia doméstica está íntimamente relacionada con la disfunción conyugal, y el tipo de violencia que más ejerce el varón es la psicológica⁽²⁸⁾, que lleva a la pareja a una vida de humillaciones, castigos, vejaciones, limitaciones, deterioro de las relaciones personales, aislamiento social, disminución de la autoafirmación, la iniciativa y capacidad de respuesta⁽²⁹⁾. Desafortunadamente en la actualidad a pesar de ser considerada la violencia conyugal un problema de salud, no existen investigaciones actuales, por lo que estos resultados nos llevan a generar una línea de investigación en las mujeres mexicanas con cáncer y disfuncionalidad conyugal.

Se pudo demostrar que la funcionalidad conyugal es un factor fuertemente asociado para que las mujeres que padecen cáncer de mama puedan expresar sus emociones, reciban un apoyo social, le den un significado menos catastrófico y de esta forma liberen el estrés ocasionado por la enfermedad, aunque también en algunas pacientes puede estar fuertemente asociada a la resolución de problemas y en otras puede ser al contrario con la evitación de problemas⁽³⁰⁾.

Así mismo la disfuncionalidad conyugal está fuertemente asociada a un aislamiento social a que la mujer, enfrente sola su cáncer, oculte sus sentimientos, se culpe a sí misma por la situación que está viviendo y se recrimine por permitir que esto ocurriera.

Hasta el momento no existen estudios para comparar estos resultados, por lo que es importante resaltar que además de los aspectos clínicos del cáncer de mama es fundamental llevar a cabo líneas de investigación con respecto a los aspectos familiares, sociales y psicológicos que están estrechamente relacionados con el desenlace de esta enfermedad.

6. Conclusiones

La funcionalidad conyugal está fuertemente asociada con las estrategias de afrontamiento adaptativas: apoyo social, reestructuración cognitiva, expresión emocional, y la disfuncionalidad conyugal con las estrategias de afrontamiento no adaptativas retirada social y autocrítica.

Las estrategias de afrontamiento centradas en el problema tanto adaptativas como no adaptativas predominaron en el grupo con funcionalidad familiar.

7. Referencias bibliográficas

1. OMS: Cáncer de mama [Internet]. Organización Mundial de la Salud 2024. [citado 2024 Feb 17]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/breast-cancer>
2. Arceo-Martínez MT, López-Meza JE, Ochoa-Zarzosa A, Palomera-Sanchez Z. Estado actual del cáncer de mama en México: principales tipos y factores de riesgo. *Gac Mex Oncol* 2021;20:101-10. <http://dx.doi.org/10.24875/j.gamo.21000134>
3. IMSS: Epidemiología del cáncer de mama [Internet]. Instituto Mexicano del Seguro Social 2022. [citado 2024 Ene 22]. Disponible en: <https://www.gob.mx/imss/articulos/epidemiologia-del-cancer-de-mama-318014>
4. Galindo O. Escala de Afrontamiento al Cáncer en pacientes oncológicos en población mexicana. *Psicooncología* 2019; 16:73-88. <http://dx.doi.org/10.5209/PSIC.63648>
5. Joaquín-Mingorance M, Arbinaga F, Márquez JC, Bayo-Calero J. Coping strategies and self-esteem in women with breast cancer. *An Psicol* 20;35:188-94. <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.35.2.336941>
6. Soto-Araujo P, Salazar-Orozco F, Ramírez-Leyva DH, Valle-Iribe C, Medina-Serrano JM, Flores-Lujano J. Crisis, funcionalidad y tipología familiar en pacientes con cáncer de mama. *Atención Fam* 2023; 30:9-14. <http://dx.doi.org/10.22201/fm.14058871p.2023.1.83855>
7. Acosta-Zapata E, López-Ramón C, Evelin Martínez-Cortés M, Zapata-Vázquez R. Funcionalidad familiar y estrategias de afrontamiento en pacientes con cáncer de mama. *Horiz Sanit* 2017;16(2). <http://dx.doi.org/10.19136/hs.v16i2.1629>
8. Pereira MG, Paredes AC, Naboço R, Ribeiro C, Ferreira G. Quality of Life in Breast Cancer Patients : The Moderator Role of Family Stress. *Ann Psychol* 2019;35:181-7. <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.35.2.303561>
9. Yoshimochi Borges LT, dos Santos MA, Caetano de Loyola EA, Pinto de Magalhães PA, Sanches Panobianco M. The experience of the partners of women with breast cancer. *Rev Esc Enferm Univ Sao Paulo* 2018;52:1-7. <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2017025203366>
10. Extremera N. Coping with the stress caused by the COVID-19 pandemic: future research agenda based on emotional intelligence. *Rev Psicol Soc* 2020;35:631-8. <http://dx.doi.org/10.1080/02134748.2020.1783857>
11. Enríquez Villota MF. Estrategias de afrontamiento psicológico en cáncer de seno. *Univ y Salud* 2010; 12:7-19. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/reus/v12n1/v12n1a02>

12. Pozos-Radillo BE, Preciado- Serrano MDL, Plascencia-Campos AR, Acosta- Fernández M, Aguilera Velasco MD los Á. Estrategias de afrontamiento ante el estrés de estudiantes de medicina de una universidad pública en México. *Investig en Educ Médica* 2021; 11:18-25. <http://dx.doi.org/10.22201/fm.20075057e.2022.41.21379>
13. De Haro-Rodríguez MA, Gallardo-Vidal LS, Martínez-Martínez ML, Camacho-Calderón N, Velázquez-Tlapanco J, Hernández EP. Factores relacionados con las diferentes estrategias de afrontamiento al cáncer de mama en pacientes de recién diagnóstico. *Psicooncología* 2014;11:87-99. http://dx.doi.org/10.5209/rev_PSIC.2014.v11.n1.44919
14. Loving VA, Aminololama-Shakeri S, Leung JWT. Anxiety and Its Association with Screening Mammography. *J Breast Imaging* 2021; 3:266-72. <http://dx.doi.org/10.1093/jbi/wbab024>
15. González FY, Espinoza LE, Ruíz JR, Barbosa VH. Comunicación conyugal predominante en cáncer de mama. Jóvenes en la Cienc 2023; 22:1-6. Disponible en: <https://www.jovenesenlaciencia.ugto.mx/index.php/jovenesenlaciencia/article/view/4173>
16. Santiago-Silva DZ, Sánchez-Aragón R. La empatía y el apoyo de la pareja como factores protectores del estrés en pacientes con cáncer. *Psicol Salud* 2021;22;(Suppl 1): 85-96. <http://dx.doi.org/10.25009/pys.v31i3.2730>
17. Chávez-Aguilar V, Velazco-Orellana R. Disfunciones familiares del subsistema conyugal: criterios para su evaluación. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 1994;32:39-43. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-176850?lang=es>
18. Ramírez M, Rojas M, Landa E. Efecto de una intervención cognitivo conductual breve sobre el afrontamiento y las sintomatologías ansiosa y depresiva de pacientes con cáncer de mama sometidas a mastectomía. *Rev Latinoam Med Conduct* 2017;7(1). Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=283055969002>
19. Ruiz-Doria SC, Valencia-Jiménez NN, Ortega-Montes JE. Condiciones de vida y estrategias de afrontamiento de las mujeres con cáncer de mama en Córdoba, Colombia. *An Psicol* 2020; 36:46-55. <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.351701>
20. Maiarota IC. Cáncer de mama localmente avanzado. Neoadyuvancia: indicaciones y seguimiento. *Rev Argentina Matología* 2021;40:99-138.
21. Neri-Flores V, Torres-Domínguez JA, Mohar-Betancourt A, Rodríguez-Ortiz MD, Castro-Sánchez A, Gálvez-Hernández CL. Psychophysiological stress response of newly-diagnosed breast cancer patients with and without risk of metabolic syndrome. *Salud Ment* 2019;42:111-20. <http://dx.doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2019.015>
22. Rueda P, Cerezo MV. Resiliencia y Cáncer: una relación necesaria. *Escritos Psico* 2020;13:90-7. <http://dx.doi.org/10.24310/espsiescpsi.v13i2.10032>
23. Zayas A, Cruces-Montes SJ, Paramio A, Romero-Moreno A, López-Sánchez JA, Gómez-Carmona D. Cross-sectional analysis of coping strategies and anxiety and depression levels in a sample of the Andalusian population during the home lockdown caused by the COVID-19 pandemic. *Int J Soc Psychol* 2022; 37:119-43. <http://dx.doi.org/10.1080/02134748.2021.1992888>
24. Azcárate-García E, Valle-Matildes U, Villaseñor-Hidalgo R, Gómez-Pérez AI. Apoyo social a mujeres con cáncer de mama en una unidad de medicina familiar de la Ciudad de México. *Atención Fam* 2017; 24:169-72. <http://dx.doi.org/10.22201/fm.14058871p.2023.1.83855>
25. Andreo A, Salvador Hilario P, Orteso FJ. Ansiedad y estrategias de afrontamiento. *Eur J Heal Res* 2020;6: 213. <http://dx.doi.org/10.30552/ejhr.v6i2.218>
26. Esqueda N, Ramirez J. Reestructuración cognitivo-emocional tras un proceso de duelo integrando técnicas breves centradas en soluciones y cognitivo-conductuales. *Rev Electrónica Psicol Iztacala*. 2019; 22:920-45 Disponible en: <https://www.revistas.unam.mx/index.php/rep/issue/view/5244>
27. Zayas A, Morales L, Ruiz-González P. Estrategias de afrontamiento y su capacidad predictiva en los niveles de resiliencia en una muestra de mujeres con cáncer de mama. *Int J Dev Educ Psychol INFAD Rev Psicol* 2019;1:279-290].
28. Pérez V, de la Vega T, Alfonso O, Royano P. Caracterización de la violencia doméstica en parejas disfuncionales cubanas. *Rev Cuba Med Gen Integr* 2019;35:802.

29. Mayor S, Salazar C. La violencia intrafamiliar. Un problema de salud actual. *Gac Médica Espirituana* 2019;21:96-105. Disponible en: <http://revgmespirituana.sld.cu>
30. Cruz Lucero VC, Echeverría Villacreses WO. Estrategias de afrontamiento en pacientes con cáncer. Un estudio de centro único. *Oncol* 2022;32:169-79. <http://dx.doi.org/10.33821/632>