

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ

Colegio de Ciencias Sociales y Humanidades

**El deterioro en la relación de parejas ecuatorianas durante
el tratamiento de cáncer de próstata y mama**

Proyecto de Investigación

Nubia Margarita Bernal Chacón

Psicología Clínica

Trabajo de titulación presentado como requisito
para la obtención del título de
Psicólogo Clínico

Quito, 25 de abril de 2019

**Universidad San Francisco de Quito USFQ
Colegio de Ciencias Sociales y Humanidades**

**HOJA DE CALIFICACION
DE TRABAJO DE TITULACION**

**El deterioro en la relación de parejas ecuatorianas durante
el tratamiento de cáncer de próstata y mama**

Nubia Margarita Bernal Chacón

Calificación:

Nombre del profesor, Título académico: Rodrigo Carillo Primerano Ph.D.

Firma del profesor:

Quito, 25 de abril de 2019

DERECHOS DE AUTOR

Por medio del presente documento certifico que he leído todas las Políticas y Manuales de la Universidad San Francisco de Quito USFQ, incluyendo la Política de Propiedad Intelectual USFQ, y estoy de acuerdo con su contenido, por lo que los derechos de propiedad intelectual del presente trabajo quedan sujetos a lo dispuesto en esas Políticas.

Asimismo, autorizo a la USFQ para que realice la digitalización y publicación de este trabajo en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Firma del estudiante: _____

Nombres y apellidos: Nubia Margarita Bernal Chacón

Código: 00125287

Cédula de Identidad: 0926173543

Lugar y fecha: Quito, 25 de abril de 2019

RESUMEN

Este trabajo se enfoca en la investigación de diferentes aspectos que son afectados en la relación de pareja cuando un miembro padece de cáncer de próstata o mama. Mediante una exhaustiva investigación se ha encontrado que los factores que declinan la dinámica de pareja al estar bajo un tratamiento contra el cáncer son a nivel emocional, social, sexual y clínico. Se propone realizar una entrevista semi estructurada para recolectar en detalle las alteraciones en la relación de pareja, en este plan de estudio se utilizan 30 parejas, 15 con cáncer de próstata y 15 con cáncer de mama. Se espera realizar talleres futuros de psicoeducación e intervenciones cognitivo conductual para poder manejar las problemáticas presentadas por las parejas.

Palabras clave: Parejas con Cáncer, Cáncer de Próstata, Cáncer de Mama, Deterioro en la Relación, Disfunciones Sexuales, Emocional, Angustia, Aspecto Psicosocial, Psicoeducación.

ABSTRACT

This study investigates different aspects that are affected in a couple's relationship when a member suffers from prostate or breast cancer. Through extensive research it has been found that the factors that decline the dynamics of the couple when undergoing cancer treatment are emotional, social, sexual and clinical. A semi-structured interview is proposed to collect in detail the alterations in the relationship of couple, in this study plan used 30 couples, 15 with prostate cancer and 15 with breast cancer. It is expected to hold future workshops on psychoeducation and cognitive-behavioral interventions in order to manage the problems presented by couples.

Keywords: Couples with Cancer, Prostate Cancer, Breast Cancer, Relationship Impairment, Sexual Dysfunctions, Emotional, Distress, Psychosocial Aspect, Psychoeducation.

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN	4
ABSTRACT.....	5
PROPUESTA DE INVESTIGACIÓN	7
Planteamiento del Problema	7
Antecedentes	10
Planteamiento del Problema	11
Pregunta de Investigación	12
Propósito de Investigación.....	12
El significado del estudio.....	13
MARCO TEÓRICO.....	14
Cáncer: Generalidades	14
Cáncer de próstata.....	15
Cáncer de Mama	18
Generalidades de los Aspectos que afectan a la pareja.....	32
Aspecto Social	33
Aspecto Emocional	34
Aspecto Sexual.....	35
Aspecto Clínico.....	37
Tratamiento	38
Diseño y Metodología.....	41
Población.....	41
Materiales.....	43
Procedimiento de recolección de datos	44
Análisis de los datos.....	44
Consideraciones Éticas	45
Discusión.....	46
Fortalezas y limitaciones de la propuesta	47
Recomendaciones para futuros estudios	48
Referencias:.....	49
Anexos:	52
Anexo A: Carta para la recolecta de participantes	52
Anexo B: Entrevista Semiestructurada	53
Anexo C: Consentimiento Informado	54

PROPUESTA DE INVESTIGACIÓN

EL DETERIORO EN LA RELACIÓN DE PAREJAS ECUATORIANAS DURANTE EL TRATAMIENTO DE CÁNCER DE PRÓSTATA Y MAMA

Planteamiento del Problema

De acuerdo con el Instituto Nacional del Cáncer (2015), la pareja del enfermo puede estar tan asustado de esta enfermedad como el quien lo padece, ambos experimentan ansiedad, altos niveles de estrés e impotencia, sin embargo, algunas parejas se fortalecen durante el tratamiento del cáncer, otros se debilitan. Es por ello que es importante tratar este tema en ambos sujetos ya que el proceso que se viene luego de haber dado el diagnóstico de cáncer va a poner a prueba su relación en diferentes aspectos (NCI, 2015).

El cáncer es una enfermedad deteriorativa a través del tiempo; según la Organización Mundial de la Salud (OMS) define al cáncer como un proceso de desarrollo y propagación incontrolable de células que pueden localizarse en algún área específica del cuerpo e irradiar a otras partes del organismo hasta llegar a una metástasis (OMS, 2018). Es decir, este crecimiento incontrolable de células invade diferentes órganos u otras partes del cuerpo causando un gran deterioro hasta la muerte.

Según el Instituto Nacional de Cáncer (NCI) en el año 2018 hubo un estimado de 164,690 nuevos casos de cáncer de próstata y 29,430 hombres murieron por esta enfermedad.; mientras que en el cáncer de mama se estimó 266,120 nuevos casos y un estimado de 40,920 mujeres murieron por el mismo en el 2018.

En el Ecuador, el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) el cáncer de mama es la principal causa de muerte en las mujeres (INEC, 2016). Según el Registro Nacional de

Tumores de SOLCA, durante el período del 2011-2013 el cáncer de próstata es el primero de la lista en hombres con un 66.7% seguido por el cáncer de piel con un 40.7 %, estómago 20.9%, linfomas 17.1%, colon recto 13.6, leucemias 9.3%, tiroides 7.9%, pulmón 7.7%, hígado 6.8% y vejiga 6.0%. Mientras que, el cáncer de mama ocupa el primer lugar en las mujeres con un 41 % seguido por cáncer a la tiroides 40.6%, piel 37.5%, cuello de útero 18.5%, estómago 14.5%, colon recto 12.4%, linfomas 12.1%, ovario 8.3%, pulmón 6.7% y leucemia 6.7% (SOLCA, 2017). Esto quiere decir, que el cáncer de próstata y de mama ocuparon el primer lugar para hombres y mujeres respectivamente.

El NCI, explica que el tratamiento va a depender del tipo de cáncer y su estadio, también menciona que la mayoría de personas reciben un tratamiento combinado de cirugía con radioterapia o quimioterapia (NCI, 2017). Recogiendo lo más importante, la quimioterapia y radioterapia son los tratamientos más comunes para combatir al cáncer. La Sociedad Americana de Cáncer, define estos dos tipos de terapia: 1) la quimioterapia es un procedimiento en donde se suministran medicamentos al enfermo por vía oral o intravenosa con el fin de que interrumpa o desintegre el crecimiento de las células cancerígenas; 2) la radioterapia es un tratamiento el cual se lo utiliza para aminorar el tamaño del cáncer y eliminar células cancerígenas por medio de ondas de alta energía como rayos X, gamma, electrones o protones (2016). En el siguiente trabajo se analiza dos tipos específicos de cáncer, el cáncer de próstata y mama, el tratamiento más utilizado particularmente para estos tipos de cáncer es la terapia hormonal, la cual se trata de detener el aumento de las células cancerígenas mediante hormonas; de esta manera se reducen los principales síntomas y además se reduce el riesgo de que el cáncer regrese (NCI, 2015).

El diagnóstico de cáncer afecta especialmente a la pareja ya que presenta niveles altos de angustia (Katz, Boesch, & Herzog, 1998). El cáncer representa un factor estresante importante para quienes los padecen y su pareja, ambos participan en los procesos de afrontamiento y

apoyo, también hay indicios de que, en diversos grados, el cáncer afecta a la pareja como una unidad, en lugar de como individuos aislados (Hagedoorn, Sanderman, Bolks, Tuinstra, & Coyne, 2008). Esta experiencia del cáncer altera el balance emocional de la pareja, las responsabilidades de cada uno, actividades sociales y la economía familiar; además de los cambios físicos, consecuencias de la enfermedad y sus tratamientos que a su vez genera un impacto en la relación sexual, autoestima, hábitos sociales y la comunicación sobre los sentimientos y necesidades que conllevan a una sobreprotección de quien padece de cáncer o alta carga emocional y física de la pareja del enfermo (Die Trill, 2003).

Así mismo, se describe cómo esta enfermedad genera deterioro en la pareja a nivel psicosocial, clínico, sexual y emocional. En un estudio de Shands, Lewis, Sinsheimer & Cochrane menciona que el 66% de las parejas quería trabajar para resolver la tensión en su relación o encontrar mejores maneras de estar juntos como pareja (Shands, Lewis, Sinsheimer, & Cochrane, 2006). En un estudio de Badr & Carmack, menciona que la disfunción sexual se asoció negativamente con el ajuste marital y psicológico de los pacientes con cáncer de próstata y sus parejas; en el estudio sugieren que los patrones saludables de comunicación conyugal pueden jugar un papel importante en el alivio de los efectos adversos de la disfunción sexual o insatisfacción de los pacientes y compañeros en su propio ajuste matrimonial (Badr & Carmack Taylor, 2009). Un buen número de dificultades sexuales sufridos por la pareja bien podría reducirse al mínimo o evitar por completo, dado el impacto algo predecible de cáncer y su tratamiento en la sexualidad, esto requiere una identificación temprana de los factores de riesgo que involucran al tipo de cáncer (Bondil, Habold, & Carnicelli, 2016). Después de una revisión de los estudios citados acerca de cómo afecta el cáncer en la relación de pareja, se puede resumir cuatro aspectos principales: emocional, sexual, social y clínico. El componente emocional abarca sobre la comunicación de la pareja, dinámica, convivencia, surgimiento de sentimientos negativos, angustias, estrés, cambios de estado de ánimo, autoestima,

acompañamiento o apoyo y confianza. En cuanto a la parte sexual, se trata acerca de: la intimidad, relaciones sexuales, libido, disfunciones, imagen corporal y fertilidad. Luego, se describe el impacto a nivel social que incluye las afectaciones en la familia u otros cercanos, inconvenientes en el trabajo, cambio de roles y estereotipos de acuerdo a la masculinidad y feminidad que llegan alterarse; por último, la parte clínica describe los efectos secundarios de los tratamientos y diversas alteraciones corporales a medida que la enfermedad crece. Cada componente es importante estudiarlo ya que son diferentes cambios que experimenta tanto la pareja como quien padece de cáncer, cada factor se integra y forma parte del desafío al afrontar el cáncer dentro de una unidad como pareja. Todos estos cambios mencionados generan dificultades dentro de la relación de pareja como a decisiones futuras durante el tratamiento del cáncer de próstata o mama.

Antecedentes

La historia del cáncer: Breve Reseña

Según la Sociedad Americana del Cáncer, esta enfermedad ha sido una de las más antiguas, y sus primeros hallazgos se dieron cuando se empezó a realizar autopsias, en 1761 Giovanni Morgagni fue el primero en realizar una y brindó bases para la oncología científica con el estudio del cáncer; para el siglo XIX la oncología científica creció por el uso del microscopio moderno que estudiaba a los tejidos enfermos, quien realizó este estudio fue Rudolf Virchow conocido como el fundador de la patología celular, Virchow tomó como base el aporte de Morgagni para relacionar la patología microscópica con la enfermedad del cáncer (ACS, 2014).

Como se menciona anteriormente, el cáncer se manifiesta cuando hay un crecimiento descontrolado de células que se convierten en cancerosas además pueden dispersarse a diferentes partes del cuerpo como en la próstata y la mama. El cáncer de próstata se da cuando las células de la glándula prostática incrementan de manera descontrolada, se

encuentra en hombres y produce parte del fluido llamado semen; la próstata se encuentra debajo de la vejiga, frente al recto y su tamaño varía con la edad de la persona, es más grande cuando la edad aumenta (ACS, 2016). Las técnicas utilizadas para detectar este tipo de cáncer son: el tacto rectal, la prueba PSA (Prostatic Specific Antigen) y la ecografía endorrectal (Die Trill, 2003).

Asimismo, se define el cáncer de mama cuando las células del seno crecen sin control formando un tumor que puede sentirse como bulto o verse por medio de una radiografía; la prevalencia es mayor en mujeres que en hombres (American Cancer Society, 2017). Para detectar este tipo de cáncer se utiliza la mamografía, examen clínico de mamas y autoexamen mamario (Die Trill, 2003). En este trabajo de investigación se habla específicamente del cáncer de próstata y de mama puesto que son los más comunes en hombres y mujeres respectivamente, por ello, esta enfermedad conlleva a varios cambios tanto a nivel psicológico como físico que tienden a afectar no solamente a quien lo padece sino a su pareja. Este proyecto de investigación aporta a parejas ecuatorianas donde uno de ellos sufre de cáncer y la otra persona, como su acompañante tenga la vivencia de esta enfermedad; este grupo varía en edades ya que el cáncer puede surgir a temprana o edad avanzada y se estudia los cambios en distintos aspectos en la relación de pareja durante el tratamiento del cáncer, es decir, cuando ya se tiene el diagnóstico, plan de tratamiento y cómo van a sobrellevar la noticia.

Planteamiento del Problema

En el Ecuador no se encuentran actualmente estudios acerca del impacto emocional, social, sexual y clínico en las parejas donde uno de ellos tiene un diagnóstico de cáncer en la próstata y mama. Para la presente propuesta de estudio, se ha utilizado literatura de investigaciones de los Estados Unidos y Alemania como Zimmerman, Die Trill y Stenberg, sin embargo, estos no abarcan el problema en su totalidad; también se debe tomar en cuenta

la cultura y la accesibilidad de tratamiento en el país. Además, se debe tomar en cuenta de la inexistente oportunidad de obtener un tratamiento integrativo, es decir, no solamente tratar al cáncer de manera médica e incluir redes de apoyo como terapia psicológica individual o de pareja, terapia de dolor y ayuda de otros profesionales en diferentes áreas como sexólogo, consultor de imagen, enfermería, nutricionista, entre otros. Se debe resaltar que en este estudio se enfoca en parejas hispano hablantes ecuatorianos.

Por otro lado, en el Ecuador el impacto de la noticia sobre la enfermedad de cáncer lleva a crear un estigma de miedo o lástima que influyen en vida social y emocional de quien lo padece y sus allegados teniendo en cuenta que esta enfermedad letal es debilitante.

Se encuentran estudios por separado que abarcan sólo ciertos aspectos, es decir, no es muy completo. En este estudio se toma en cuenta a la pareja del paciente como un individuo que también sufre emocionalmente y presenta sentimientos de frustración. Asimismo, se toma en cuenta que el cáncer es una enfermedad que puede reaparecer con el tiempo y conlleva a muchos cambios a largo plazo, lo cual influye en las decisiones futuras de la pareja; este apoyo a futuro en hablar sobre la muerte o psicoeducar sobre las nuevas dinámicas de la pareja no se habla lo suficiente. Además, la mayoría de estudios se enfocan específicamente por tipo de tratamiento hacia un cáncer específico y si está ligado a un trastorno del estado de ánimo dejando de lado la vivencia de la experiencia del cáncer siendo paciente o pareja del afectado.

Pregunta de Investigación

¿Cuál es la experiencia de la pareja ecuatoriana que atraviesa por un tratamiento de cáncer de próstata y de mama?

Propósito de Investigación

El propósito del estudio es obtener la mayor cantidad de información sobre los aspectos que se ven afectados la pareja para sobrellevar el diagnóstico de cáncer durante su

tratamiento. Consecuentemente, poder conseguir una intervención más focalizada en cada aspecto para resolver el problema, es decir, que tanto el paciente y su pareja pueda encontrar herramientas para afrontar la enfermedad del cónyuge. Además, se amplía la información de la afectación del cáncer en una relación de pareja en el Ecuador en distintas áreas de vida del sujeto. Se espera que las parejas puedan hablar abiertamente de cada componente emocional y físico que está siendo afectado y mediante el reconocimiento del problema poder trabajar de manera terapéutica para mejorar la dinámica de la relación y a su vez se pueda psicoeducar sobre este tema que pasa actualmente en el país.

El significado del estudio

Este estudio puede ser útil a personas que padezcan de otros tipos de cáncer y que presenten las mismas problemáticas dentro de la relación de pareja; incluso se puede utilizar como una base al momento de trabajar en sesiones de terapia de pareja con cáncer u otras enfermedades devastadoras. No se encuentran estudios en el Ecuador acerca del impacto del cáncer de próstata y mama en la pareja, sin embargo, se han hecho estudios del impacto del cáncer de mama en la mujer a nivel físico, emocional, cognitivo y sexual con los siguientes títulos: Relación entre el nivel de depresión y las complicaciones asociadas al tratamiento de quimioterapia en pacientes oncológicos, fue realizado por Negrete Ortiz & Alexandra Mishel en la ciudad de Quito; Creencias irracionales y su relación con la percepción de la feminidad en pacientes con diagnóstico de cáncer mamario del hospital oncológico SOLCA Tungurahua, realizada por Naranjo Hidalgo, Wendy Tamara, Jiménez Coronel y María José en la ciudad de Ambato y Creencias irracionales y su relación con el autoestima en pacientes con diagnóstico de cáncer mamario realizado por Macías Herrera, Norma Marlene, Montoya Aguilera & Andrea Paulina en la ciudad de Quito; y demás .

De igual manera, estudios de cáncer de próstata en el Ecuador describen el impacto de la enfermedad en el hombre con títulos: Análisis del impacto psicosocial de los pacientes con cáncer realizado por Narváez Sánchez & Sandra Elizabeth en la ciudad de Milagro; Trayectorias y quiebres entre pacientes de cáncer de próstata en Quito, investigado por Munsonius, Mareike Dorothea; entre otros. Además de estudios más generales como: Tratamiento de la ansiedad en personas diagnosticadas con cáncer realizado por Ruilova Figueroa & Lucía Fernanda en la ciudad de Azuay. Esto quiere decir, que se han realizado estudios individualmente por sexo y trastorno de ánimo, pero no se encuentra en específico el impacto en la relación de pareja con cáncer próstata y mama. Este proyecto de investigación es único, ya que se habla del cáncer y su impacto dentro de la relación de la pareja ecuatoriana en diferentes aspectos de la vida del paciente con cáncer y su pareja.

A continuación, se encuentra la Revisión de la Literatura dividida en tres partes con los siguientes temas: cáncer de próstata y mama, componentes de una pareja y tratamiento psicológico. Esto está seguido de la explicación de la metodología de investigación aplicada, el análisis de datos encontrados, y las conclusiones y discusión.

MARCO TEÓRICO

Cáncer: Generalidades

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud el cáncer es la segunda causa de muerte alrededor del mundo, registrando un 70% de muerte en países con ingresos medios y bajos. (OMS, 2018). Los datos de la OMS indican que, en el Ecuador hasta el año 2018 existen 1, 440, 790 casos de cáncer de todo tipo en el cual 202,521 casos pertenecen al cáncer de mama y 193,707 corresponde al cáncer de próstata siendo estos los dos primeros tipos de cáncer en ocupar altos número de casos. Individuos con al menos un familiar directo que padece de esta enfermedad aumenta su riesgo el doble.

No se conoce con exactitud la razón por la cual determinadas personas pueden padecer cáncer y otras no, sin embargo, la investigación ha concluido que hay factores de riesgo que aumentan la probabilidad de padecer esta enfermedad; así mismo existen factores relacionados a un menor riesgo de padecer cáncer, los cuales son conocidos como factores protectores. Ambos factores son identificados en estudios epidemiológicos (NCI, 2019).

Cáncer de próstata

El cáncer de próstata es característico en la población masculina y aproximadamente el 70% de casos registrados se da en hombres con 65 años de edad en adelante. Sin embargo, a partir de los 40 años en adelante empiezan acontecer casos de cáncer de próstata; aún más en hombres de raza negra ya que el riesgo es 1.8 veces mayor, además la incidencia incrementó en un 30-40% en Europa en sujetos con más 50 años y los factores de riesgo a considerar son: edad, raza, historia familiar, dieta y genética (Martínez, Poveda, Encina, & Villaverde, 2013).

Por otra parte, el cáncer de próstata se localiza en tres áreas prostáticas glandulares: zona periférica, zona central y zona de transición. Igualmente, este tipo de cáncer es asintomático y conforme el tiempo pasa; los síntomas se presentan con mayor intensidad siendo los más comunes: color rojizo en la orina, sangre en el semen, y orina en los riñones conocido como hidronefrosis. Así mismo, al momento de la micción se puede manifestar complicaciones a nivel obstructivo que incluyen: dolor al orinar, baja potencia del chorro, orinar en intervalos de forma retardada, aumento en la frecuencia de orina, urgencia de orinar y secreción postmiccional (Martínez, Poveda, Encina, & Villaverde, 2013).

Para realizar un diagnóstico se evalúa al sujeto mediante un tacto rectal, análisis del antígeno prostático específico, ecografía transrectal, biopsia en la próstata, resonancia magnética, radiografía, entre otros métodos de imágenes. Cada método de evaluación depende del tipo y grado del cáncer. En definitiva, el cáncer de próstata se presenta de

manera multifocal, es decir, patológicamente se genera en la parte periférica en un 80-85% siendo de fácil acceso al tacto rectal, el otro 10-15% está en la zona transicional y el último 5-10% en la parte central de la próstata (Vallejos, y otros, 2013).

Los factores de riesgo para el padecimiento del cáncer de próstata pueden ser muy diversos, sin embargo varios estudios han llegado a determinar algunos específicos y que pueden influir de gran manera, en primer lugar tenemos la edad, este cáncer es muy poco común en hombres menores a los 40 años, sin embargo la probabilidad de padecerlo aumenta en gran manera a partir de los 50 años; la mayoría de casos que se detectan (6 de cada 10), se dan en hombres mayores a los 65 años (ACS, 2016).

Después tenemos la raza o etnia, se ha encontrado que hay una mayor frecuencia de este cáncer en hombres de raza negra y de descendencia africana a diferencia de otras razas, de igual manera los hombres de raza negra tienen una mayor probabilidad de morir a causa del cáncer a diferencia de los hombres de raza blanca; este tipo de cáncer es muy poco común en hombres asiáticos- americanos y en hispanos/ latinos a diferencia de hombres blancos (ACS, 2016). Según Pow-Sang y otros en el año 2003 hombres de raza negra mostraron más incidencia que los de raza blanca, aunque se desconoce específicamente la razón de ello se lo puede relacionar a factores socioeconómicos, alimenticio, cultural, entre otros (Pow Sang, y otros, 2009).

La geografía también desempeña un rol importante dentro de los factores, este es más frecuente en toda Norteamérica, en el noroeste de Europa, Australia y las islas del caribe; por otro lado, es muy poco común en Asia, África, Centroamérica y Sudamérica. Aún no es clara la razón por la cual determinados países tienen una mayor prevalencia de este tipo de cáncer sin embargo se cree que hay mucha influencia de la calidad de vida y costumbres de cada región (ACS, 2016).

También, se debe tener en cuenta los antecedentes familiares, algunas familias se ven más afectadas por este tipo de cáncer, lo cual podría indicarnos que hay un factor genético, sin embargo, estudios demuestran que la mayoría de cánceres de próstata se generan en hombres que no han tenido algún antecedente; aun así, si el progenitor o hermano de un hombre padece de un cáncer de próstata, el riesgo de esa persona se eleva al doble de padecerla. Entre los cambios genéticos se pueden destacar las alteraciones hereditarias en genes específicos como son el BRCA1 o BRCA2; los cuales también están asociados una mayor afectación de la enfermedad ya sea en el cáncer de seno u ovario, sin embargo, en algunas familias, aparte de los genes mencionados se destaca un síndrome conocido como Lynch el cual se refiere al cáncer colorrectal hereditario sin poliposis o HNPCC, en otras palabras, significa un aumento en las probabilidades de padecer algún tipo de cáncer, incluyendo el de próstata (ACS, 2016).

Existen otros factores que se pueden identificar, sin embargo no se ha encontrado una gran correlación a diferencia de los mencionados anteriormente, entre estos factores tenemos la alimentación, las personas que ingieren una alta cantidad de carnes rojas o mercancías que contiene lácteos elevados en grasa han presentado un pequeño incremento en las probabilidades de padecer cáncer de próstata, sin embargo estos mismos hombres presentan una tendencia a consumir menos alimentos de origen vegetal, lo cual hace incierto cuál es la verdadera causa del aumento del riesgo, si el mayor consumo de carnes y lácteos o la menor ingesta de alimentos vegetales. La obesidad es otro factor que se ha estudiado, pero no se ha encontrado mucha correlación, ciertos estudios han demostrado que individuos obesos tienen riesgo de generar la enfermedad en un estadio leve, no obstante, están predispuestos a un cáncer de próstata más acelerado (ACS, 2016).

El tabaquismo es otro de los factores asociados, sin embargo, no se ha encontrado mucha evidencia que correlacione de manera directa el hábito de fumar con un mayor

padecimiento de cáncer de próstata, algunas investigaciones han encontrado que puede generar un pequeño aumento en el riesgo de padecer en la enfermedad, pero en si no como un factor directo. La inflamación de la próstata (prostatitis, inflamación de la glándula prostática) es otra de las causas sugeridas a un mayor riesgo de este tipo de cáncer, sin embargo los estudios tampoco han confirmado esta teoría; las infecciones de transmisión sexual también se incluyen como una hipótesis del aumento del riesgo, ya que pueden generar la inflamación de la próstata, sin embargo los estudios tampoco han podido demostrar algo sólido; y finalmente la vasectomía, hay diversos estudios en cuanto a esto, sin embargo tampoco han sido concluyentes o hay otros que demuestran que no hay relación, se siguen realizando investigaciones respecto a esto (ACS, 2016).

Cáncer de Mama

Este tipo de cáncer es conocido como el tumor maligno más frecuente para las mujeres, además uno de los de mayor prevalencia mundial contiguo con el cáncer de pulmón y colon. Es una enfermedad que comprende varios aspectos con diferentes pronósticos y tratamientos, gracias a los avances médicos y su detección temprana se ha logrado reducir la mortalidad y generar un tratamiento más individualizado (Yustos, Angulo, & Soto, 2017). Este tipo de cáncer tiene 1,2 millones de casos diagnosticados cada año alrededor del mundo y llega a producir un total de 500.000 muertes anuales, este ocupa el primer lugar en las estadísticas con un 22,7% del total de cánceres femeninos (Martín, Herrero, & Echavarría, 2015). Según Yustos, Angulo & Soto la gran parte de tumores malignos que se dan en el seno aparecen en el epitelio de los conductos; por lo general son: carcinomas, conocido como el conjunto de células anormales que permanecen en el mismo lugar en el cual se generaron, luego se describe el linfoma, un tipo de cáncer que se genera en una parte del sistema inmunitario conocido como sistema linfático, después se expone al sarcoma que hace referencia al tipo de cáncer que tiene origen en tejidos como huesos o músculos y finalmente

el melanoma, que se desarrolla en las células de la piel, específicamente en los melanocitos; también existe la metástasis de carcinomas renal o pulmonar (Yustos, Angulo, & Soto, 2017)). De igual manera, los carcinomas pueden clasificarse en dos aspectos: el primero es in situ en el cual las células tumorales no sobrepasan la membrana basal, por tanto, no irrumpen el estroma adyacente y puede haber dos tipos: carcinoma ductal in situ y carcinoma lobulillar in situ (Yustos, Angulo, & Soto, 2017).

El segundo tipo de carcinomas son considerados como infiltrantes, estos son los más comunes y se caracterizan porque las células tumorales dominan el estroma circundante y alcanzan a generar metástasis. Dentro de esta categoría se encuentran varios tipos de carcinomas que son: ductal infiltrante, lobulillar infiltrante, medular, tubular, mucinoso o coloide y micropapilar (Yustos, Angulo, & Soto, 2017).

El cáncer de mama por lo general no demuestra ningún tipo de sintomatología o signo sino hasta cuando la enfermedad ha generado un desarrollo que destaque; los signos que se presentan con mayor frecuencia son: tumoración de mama, variaciones constantes en el tejido del seno como sonrojo, encogimiento de la piel o celulitis; inflamación del pezón; nódulos en la axila; hinchazón del brazo; reducción del pezón y segregaciones anómalas (Martín, Herrero, & Echavarría, 2015). Dicho esto, la mujer debe asistir de manera inmediata para realizar una revisión de los síntomas. Si el cáncer de mama es descubierto durante una fase sintomática, este puede aún ser curado, aunque pueden ser necesarios tratamientos complementarios (Martín, Herrero, & Echavarría, 2015).

En cuanto al diagnóstico, es mucho mejor si se puede descubrir este cáncer antes de que genere signos; para lograr esto se puede realizar mamografías regulares de detección, ecografía, resonancia magnética nuclear; sin embargo muchas de las veces aunque existan estos métodos de diagnóstico es necesario realizar una confirmación histológica, la cual se la realiza mediante una biopsia que es la extracción de tejido mediante una aguja gruesa que

permite conocer el tipo molecular del cáncer; en algunos casos muy específicos es necesario realizar el mismo diagnóstico pero en un quirófano por medio de una biopsia quirúrgica (Martín, Herrero, & Echavarría, 2015).

Dentro de los factores que generan el cáncer de mama no se puede identificar alguno en específico, más bien se considera que es multifactorial y en gran medida desconocido, sin embargo, en el siguiente trabajo se analiza algunas de las posibles causas que aumentan la probabilidad de incrementar el riesgo, en primer lugar tenemos los factores hormonales y reproductivos; los estrógenos tienen una gran influencia si es que tienen una exposición prolongada en el cuerpo, además de esto se le puede atribuir al incremento de probabilidades el hecho de: menarquia muy temprana, es decir previo a los 12 años; menopausia atrasada, mujeres sin hijos, edad tardía en el primer embarazo y finalmente una terapia hormonal sustitutiva (Yustos, Angulo, & Soto, 2017).

Después tenemos la alimentación y hábitos cotidianos, el sobrepeso en mujeres posmenopáusicas incrementa el riesgo ya que se genera estrógenos en el tejido adiposo. La práctica de alguna actividad deportiva se ha demostrado que es un factor de prevención para la enfermedad y su reincidencia, debido a que se generan variaciones en los ciclos de la ovulación y ayuda a la reducción de peso y grasa corporal (Yustos, Angulo, & Soto, 2017). A continuación, la edad y género, generalmente los tumores son más frecuentes en mujeres que en hombres (estos últimos representan menos del 1% de los casos), y la ocurrencia crece con la edad, específicamente entre los 50 y 60 años (Yustos, Angulo, & Soto, 2017).

La historia familiar y personal representa un punto importante también, las pacientes que ya desarrollaron un cáncer de mama tienen mayor posibilidad (entre 2 a 6 veces) de suscitar un segundo cáncer primario en comparación a la población en general. En cuanto a la historia familiar solo el 10% presenta algún antecedente, lo cual hace que se duplique el riesgo.

Además, acerca de las causas reconocidas anteriormente se puede atribuir un mayor riesgo debido a factores ambientales como la exposición a la radiación ionizante y factores genéticos (genes BCRA1 Y BCRA2) (Yustos, Angulo, & Soto, 2017).

Etapas

Según la American Cancer Society las etapas o estadios en el cáncer en general son similares en cuanto a su especificación:

- Tamaño del tumor (T): ¿Que tamaño tiene el cáncer?, ¿se ha esparcido hacia otras áreas?
- La difusión a los nódulos linfáticos adyacentes (N): ¿El cáncer está en los ganglios linfáticos cercanos? ¿En cuántos ganglios linfáticos está presente?
- Metástasis en áreas apartadas (M): ¿Se ha extendido a otros órganos alejados como pulmones o hígado? (ACS, 2017).

Según Vallejos y otros para el cáncer de próstata se puede establecer ciertas diferencias en la estadificación ya que se deben tener en cuenta diferentes aspectos, primero que este cáncer puede clasificarse en tres grupos de riesgo: bajo, intermedio y elevado; esto depende de las cifras de antígeno prostático específico (PSA, por sus siglas en inglés) (Vallejos, y otros, 2013). Aparte de esta clasificación, hay determinados aspectos que ayudan a establecer de mejor manera el estadio del cáncer en la próstata como lo es la invasión microscópica del cuello vesical; compromiso de estructuras adyacentes como: vesículas seminales, vejiga urinaria, recto, ano, entre otros que perjudican al área pélvica; finalmente, se considera la aparición de adenopatías regionales las cuales se refiere a ganglios linfáticos debajo de la ramificación de las arterias iliacas primitivas (Vallejos, y otros, 2013).

A continuación, se expone una tabla donde se puede observar de manera clara la estadificación TNM del cáncer de próstata propuesta por Martínez, Poveda & Villaverde:

TABLA 4
Clasificación TNM y estadificación del cáncer de próstata

T: Tumor primario

Tx: no se puede evaluar el tumor primario

T0: no existen signos de tumor primario

T1: tumor no evidente clínicamente, no palpable ni visible mediante técnicas de imagen

T1a: tumor detectado como hallazgo casual en una extensión \leq al 5% del tejido resecado

T1b: tumor detectado como hallazgo casual en una extensión $>$ 5% del tejido resecado

T1c: tumor identificado mediante punción biopsica (por ejemplo, a consecuencia de PSA elevado)

T2: tumor limitado a la próstata

T2a: afecta a la mitad de un lóbulo prostático o inferior

T2b: afecta a más de la mitad de un lóbulo

T2c: afecta a ambos lóbulos

Nota: un tumor detectado en uno o ambos lóbulos mediante biopsia pero no palpable ni visible por técnicas de imagen se considera T1c

T3: tumor que se extiende a través de la cápsula prostática

T3a: extensión extraprostática uni o bilateral

T3b: invade la vesícula seminal

Nota: la invasión del vértice prostático o de la cápsula prostática pero no más allá de la misma se considera T2

T4: tumor que invade estructuras adyacentes distintas a las vesículas seminales: cuello vesical, esfínter externo, recto elevadores del ano o pared pélvica

N: ganglios linfáticos regionales

Nx: no se pueden evaluar

N0: no se demuestran metástasis ganglionares

N1: metástasis en uno o más ganglios regionales

Nota: las metástasis $<$ 0,2 cm pueden designarse como N1Mi

M: Presencia de metástasis a distancia

M0: No hay metástasis

M1: Presencia de metástasis

M1a: metástasis ganglionares no regionales

M1b: metástasis óseas

M1c: metástasis en otras localizaciones

Nota: cuando hay más de una localización metastásica se considera M1c

Gradación histopatológica: *score* Gleason

G \leq 6: bien diferenciado (anaplasia débil)

G7: moderadamente diferenciado (anaplasia moderada)

G8-10: pobremente diferenciado/indiferenciado (anaplasia marcada)

Obtenido de Martínez, Poveda, Encinas & Villaverde (2013)

Según American Cancer Society en el cáncer de mama debemos tener en cuenta otros aspectos como:

- Estado de receptor de estrógeno (ER): ¿El cáncer posee la proteína llamada receptor de estrógeno?
- Estado receptor de progesterona (PR): ¿El cáncer posee la proteína llamada receptor de progesterona?
- Estado de Her/neu (Her2): ¿El cáncer está produciendo una cantidad muy alta de una proteína llamada Her2?
- Grado del cáncer (G): ¿Que tanto las células cancerosas se parecen a las células normales? (ACS, 2017).

En el sistema de American Joint Committee on Cancer (AJCC) el cual se lo emplea desde el año 2018, tiene como función determinar de mejor manera el cáncer de mama ya que identifica dos etapas: 1) la patológica o quirúrgica la cual está determinada por el examen del tejido extirpado durante una operación; y 2) la etapa clínica en el supuesto caso de que no se pueda realizar un procedimiento quirúrgico de manera inmediata o en lo absoluto, se procede a diagnosticar una etapa clínica, la cual se basa en resultados de exámenes médicos, biopsias o estudios por imágenes (Citado en ACS, 2017).

Ahora, se presenta una tabla donde se puede observar de manera detallada la estadificación del cáncer de Mama:

TABLA 3
Estadificación TNM en el cáncer de mama

Tumor primario (T)

Tx	No puede evaluarse el tumor primario
T0	Sin evidencia de tumor primario
Tis	Carcinoma <i>in situ</i>
Tis (DCIS)	Carcinoma ductal <i>in situ</i>
Tis (LCIS)	Carcinoma lobulillar <i>in situ</i>
Tis (Paget's)	Enfermedad de Paget del pezón no asociada con carcinoma invasivo y/o carcinoma <i>in situ</i> (DCIS y/o LCIS) en el parénquima mamario subyacente. Si existe carcinoma en el parénquima mamario asociado a la enfermedad de Paget, se categoriza en función del tamaño del tumor del parénquima
T1	Tumor \leq 20 mm de diámetro mayor
T1mic	Tumor \leq 1 mm de diámetro mayor
T1a	Tumor $>$ 1 mm, pero \leq 5 mm de diámetro mayor
T1b	Tumor $>$ 5 mm, pero \leq 10 mm de diámetro mayor
T1c	Tumor $>$ 10 mm, pero \leq 20 mm de diámetro mayor
T2	Tumor $>$ 20 mm, pero \leq 50 mm de diámetro mayor
T3	Tumor $>$ 50 mm de diámetro mayor
T4	Tumor de cualquier tamaño con extensión directa a la pared torácica y/o la piel (ulceración o nódulos cutáneos)
T4a	Extensión a la pared torácica, no incluye invasión única del músculo pectoral
T4b	Ulceración y/o nódulos satélites y/o edema (incluida piel de naranja) de la piel, que no cumpla criterios de carcinoma inflamatorio
T4c	T4a y T4b
T4d	Carcinoma inflamatorio

Ganglios linfáticos regionales (N)

Clasificación clínica (cN)

Nx	No pueden evaluarse los ganglios linfáticos regionales
N0	Sin evidencia de afectación de ganglios linfáticos regionales
N1	Adenopatías ipsilaterales móviles en los niveles I y II de la axila
N2	Adenopatías ipsilaterales en los niveles I y II de la axila fijas o formando un conglomerado; afectación de mama interna en ausencia de adenopatías axilares
N2a	Adenopatías ipsilaterales en los niveles I y II de la axila fijas o formando un conglomerado
N2b	Afectación de mama interna en ausencia de adenopatías axilares
N3	Metástasis en región infraclavicular (nivel III axilar) ipsilateral con o sin afectación de niveles I y II; o afectación de mama interna con adenopatías en nivel I, II axilar; o metástasis en región supraclavicular ipsilateral con o sin afectación de axila o mama interna
N3a	Metástasis en región infraclavicular (nivel III axilar) ipsilateral
N3b	Afectación de mama interna con adenopatías en nivel I, II axilar
N3c	Metástasis en región supraclavicular ipsilateral con o sin afectación de axila o mama interna

Clasificación patológica (pN)

pNx	No pueden evaluarse los ganglios linfáticos regionales
pN0	Sin evidencia de afectación de ganglios linfáticos regionales
pN0(i-)	Sin afectación histológica, inmunohistoquímica (IHC) negativa
pN0(i+)	Células tumorales \leq 0,2 mm (detectadas por H-E o IHC)
pN1	Micrometástasis o metástasis en 1-3 ganglios linfáticos axilares; y/o en mama interna con metástasis en BSGC no detectadas clínicamente
pN1mi	Micrometástasis ($>$ 0,2 mm y/o más de 200 células, pero $<$ 2,0 mm)

pN1a	Metástasis en 1-3 ganglios (al menos una $>$ 2,0 mm)
pN1b	Metástasis en mama interna con micro o macrometástasis detectada en BSGC pero no clínicamente
pN1c	Metástasis en 1-3 ganglios axilares y en mama interna con micro o macrometástasis detectada en BSGC, pero no clínicamente
pN2	Metástasis en 4-9 ganglios axilares; o afectación de mama interna detectada clínicamente en ausencia de afectación axilar
pN2a	Metástasis en 4-9 ganglios axilares (al menos una $>$ 2,0 mm)
pN2b	Afectación de mama interna detectada clínicamente en ausencia de afectación axilar
pN3	Metástasis en más de 10 ganglios axilares; o afectación infraclavicular (nivel III axilar); o afectación de mama interna ipsilateral clínicamente evidente en presencia de uno o más ganglios axilares de niveles I o II afectados; o 3 o más ganglios axilares y en mama interna con micro o macrometástasis detectadas en el ganglio centinela, pero no clínicamente
pN3a	Metástasis en más de 10 ganglios axilares (al menos una $>$ 2,0 mm); o afectación infraclavicular (nivel III axilar)
pN3b	Afectación de mama interna ipsilateral clínicamente evidente en presencia de uno o más ganglios axilares de niveles I o II afectados; o 3 o más ganglios axilares y en mama interna con micro o macrometástasis detectadas en el ganglio centinela pero no clínicamente; o afectación supraclavicular ipsilateral
pN3c	Metástasis en ganglios supraclaviculares

Metástasis a distancia

Mx	Metástasis a distancia no evaluadas
M0	Sin evidencia clínica o radiológica de metástasis a distancia
cM0(i+)	Sin evidencia clínica o radiológica de metástasis a distancia, pero con detección de células tumorales circulantes, en medula ósea o en otro tejido no ganglionar regional, menores de 0,2 mm
M1	Metástasis a distancia detectable clínica o radiológicamente y/o mayores de 0,2 mm histológicamente confirmadas

Obtenido de Yustos, Angulo & Soto 2017.

Tratamiento

La American Cancer Society menciona que en la actualidad el tratamiento para el cáncer ha tenido un gran desarrollo gracias a los avances científicos y tecnológicos; sin embargo la sociedad americana de cáncer establece cuatro tratamientos principales; el primer puesto lo ocupa la cirugía, este método ha sido el más utilizado durante varios años para tratar de manera inmediata el cáncer, sin embargo también tiene un rol importante en el diagnóstico y el análisis de cuanto el cáncer puede haberse propagado (ACS, 2017).

Este tipo de tratamiento no solo sirve como un método de cura sino como un método paliativo (aliviar) del dolor, molestias o problemas resultantes del cáncer; dentro de este ámbito podemos encontrar distintos tipos de cirugías que se pueden realizar, la de diagnóstico, que consiste en realizar un procedimiento quirúrgico, la cual a veces es la única manera de verificar de manera verídica si una persona tiene cáncer y además determinar qué tipo de cáncer es, mediante la extracción de un pequeño fragmento del tejido (muestra) y realizar las respectivas pruebas mediante microscopio o mediante otros análisis de laboratorio; estos procedimientos se conocen como biopsias quirúrgicas.

También se puede realizar un procedimiento quirúrgico para ver la estadificación del cáncer, el cual explora la cantidad de cáncer que hay y hacia donde se ha esparcido, ya que se puede explorar el área alrededor del cáncer incluyendo ganglios linfáticos cercanos y órganos adyacentes; el conocimiento de los factores mencionados anteriormente tiene gran relevancia ya que representan una guía en el tratamiento (ACS, 2017).

La cirugía curativa o primaria, la cual es realizada cuando el cáncer está ubicado en un área específica y es probable que se la pueda extirpar por completo; además de esto se puede usar terapias secundarias como quimioterapia o radioterapia, ya sea antes o después del procedimiento quirúrgico (ACS, 2017).

Otro tipo de cirugía es la citorreductora o la que reduce el cáncer, esta elimina solo una parte del cáncer, generalmente se la realiza cuando la extirpación completa generaría un grave daño a otros órganos o tejidos de alrededor; la cirugía paliativa trata las complicaciones del cáncer en un estadio avanzado, generalmente se la utiliza cuando hay demasiada incomodidad o genere algún tipo de incapacidad; otra situación en la cual se recomienda utilizar esta cirugía es cuando el dolor es crónico y no se lo puede tratar mediante otros medios; esta cirugía no está destinada hacia el tratamiento o la cura (ACS, 2017).

La cirugía de apoyo es realizada cuando puede facilitar la implantación de otros tipos de tratamientos que comúnmente son dispositivos que pueden ayudar a mejorar el tratamiento para el cáncer. Debemos considerar que los pacientes con cáncer muchas veces se ven muy afectados por su apariencia por tanto una cirugía reconstructiva, como su nombre lo indica ayuda a mejorar la apariencia de alguna zona específica después de haber realizado una cirugía mayor; también puede realizarse una cirugía reconstructiva para reparar la función de un órgano o una parte del cuerpo (ACS, 2017).

Finalmente tenemos la cirugía preventiva o profiláctica, la cual tiene como característica principal la extracción de tejido corporal que puede llegar a convertirse en cáncer aun cuando al momento de la operación no haya signos del mismo cáncer (ACS, 2017).

En cuanto al cáncer de próstata los procedimientos quirúrgicos que existen tienen el fin de extirpar el tumor; los tipos de cirugía que existen son, la prostatectomía radical, este procedimiento consiste en la extirpación de la próstata, el tejido circundante y las vesículas seminales; existen dos tipos de prostatectomías: la retropúbica, en la cual se extirpa la próstata mediante una incisión en la pared abdominal, también pueden extirparse los ganglios linfáticos circundantes; y la prostatectomía perineal, en la cual igualmente se extrae la próstata por una incisión pero esta se la realiza en el perineo, los ganglios linfáticos puede ser retirados a través de otra incisión por el abdomen. También existen diversos tratamientos

como la linfadenectomía pélvica, la cual consiste en la extirpación de los ganglios linfáticos de la pelvis; también tenemos la resección transuretral de la próstata, que es la extirpación del tejido de la próstata mediante un resectoscopio (tubo delgado que cuenta con iluminación y un instrumento para cortar) que entra por la uretra; y la criocirugía que utiliza un instrumento que congela y destruye las células cancerígenas de la próstata (ACS, 2017).

Uno de los tratamientos fundamentales para el cáncer es la quimioterapia, la cual se la utiliza como un tratamiento sistémico, esto quiere decir que los medicamentos viajan alrededor del cuerpo hasta las células cancerígenas en donde sea que se hayan propagado; la principal diferencia que existen entre la quimioterapia y los demás métodos (cirugía y radioterapia), es que en este procedimiento como se mencionó anteriormente actúa a nivel general a través de todo el cuerpo; por tanto es capaz de eliminar células cancerígenas que se hayan propagado (metástasis) en otros lugares diferentes al inicial (ACS, 2017).

Los objetivos de este tratamiento son tres específicamente y se los detalla a continuación: la curación, existe la posibilidad de que la quimioterapia actúe como un método de eliminación del cáncer para que no regrese más, aunque este es llamado “de curación”, los médicos evitan utilizar este término ya que solo existe una alta probabilidad de que el cáncer sea curado, mas no una certeza al 100%, generalmente los médicos describen este tratamiento como uno con una “intención” curativa; si el anterior objetivo no se llega a cumplir se establece el de controlar el cáncer, la definición de mantener bajo control el cáncer con quimioterapia es que esta es utilizada para encoger los tumores y también impedir el crecimiento y la propagación de los mismos; en la mayoría de los casos el cáncer no llega a desaparecer, pero sí a ser controlado como una enfermedad crónica, un tratamiento similar al que se tiene con la diabetes o enfermedades cardiacas; el fin último del procedimiento de control es que la persona con cáncer pueda tener una mejor calidad de vida y darle un mayor rango de tiempo para vivir (ACS, 2017). El último objetivo es el paliativo al cual se acude cuando el cáncer

está en una etapa demasiado avanzada, no se ha podido tenerla bajo control y además se ha esparcido hacia otras áreas diferentes del origen, la meta de este tipo de quimioterapia es mejorar la calidad de vida del paciente mediante la reducción de dolores y haciendo que se sienta mejor (ACS, 2017).

En cuanto a la planificación del tratamiento, esta debe ser estructurada por el oncólogo quien decidirá qué tipo de medicación utiliza; por ejemplo puede realizar una quimioterapia de combinación, que consiste en el uso de diferentes fármacos para que la enfermedad no genere una resistencia a un solo medicamento; sin embargo siempre hay otros factores que influyen en la decisión del tratamiento basado en: el tipo de cáncer, la localización, el estado de salud del paciente, el grado de crecimiento y la afectación a la funcionalidad del cuerpo. La quimioterapia puede servir de dos modos diferentes: el tratamiento neoadyuvante, utilizado para reducir al tumor antes de una intervención ya sea cirugía o radioterapia; y el procedimiento adyuvante el cual se utiliza posteriormente de una cirugía o radioterapia para descomponer células cancerígenas restantes (ACS, 2017).

Por otro lado, la radioterapia consiste en el uso de partículas u ondas de alta energía como: rayos x, rayos gamma, rayos de electrones o protones; con el objetivo de destruir células cancerosas (ACS, 2015). Las células cancerígenas crecen y se dividen de manera más rápida que las células normales, por esta razón el cáncer es tan difícil de contrarrestar; lo que los rayos de alta energía producen son pequeñas rupturas en el ADN de estas células, lo cual impide un mayor crecimiento y división de las mismas, lo cual finalmente termina en su destrucción; el efecto adverso de este tratamiento es que no hay una discriminación por lo cual tanto células malignas como buenas se ven afectadas, sin embargo estas últimas pueden recuperarse y volver a funcionar normalmente. La radioterapia puede ser administrada de tres diferentes maneras: externa: se utiliza una máquina que emite radiación desde fuera del

cuerpo hacia el tumor; interna o braquiterapia: una fuente de radiación es colocada dentro o cerca del tumor para que actúe desde adentro y sistémica: uso de medicamentos radiactivos por vía oral o intravenosa, los medicamentos viajan por todo el cuerpo (ACS, 2015).

Se debe tener en cuenta que este tratamiento trabaja en una superficie específica, lo que se conoce como aplicación local, es importante destacar esto ya que representa una diferencia en comparación a la quimioterapia la cual actúa en todo el organismo; sin embargo existe un método de radioterapia sistémica en el cual se administran sustancias radiactivas de manera intravenosa u oral y estas sustancias se acumulan alrededor del área del tumor lo cual ayuda a mejorar la eficacia del tratamiento y genera un menor efecto en otras áreas del cuerpo (ACS, 2015).

De acuerdo con la American Cancer Society, se puede distinguir diferentes objetivos de este procedimiento, primero está el de curar o reducir el tamaño del cáncer en una etapa temprana, algunos tipos de cáncer son susceptibles a la radiación, por lo tanto, se puede reducir el tamaño o incluso hacer que desaparezca el cáncer por completo; al igual que la quimioterapia, la radioterapia puede ser utilizada de dos maneras: preoperatoria (neoadyuvante) o adyuvante (ACS, 2015). Es importante tener en cuenta que la combinación de tratamientos puede resultar beneficiosa contra el cáncer sin embargo el uso de dos métodos al tiempo puede causar mayores efectos secundarios más graves en el paciente (ACS, 2015).

En segundo lugar se puede evitar que exista una recidiva, aunque algunos estudios no pueden demostrar que el cáncer se haya propagado hacia otras áreas del cuerpo los médicos asumen esto con frecuencia ya que es una de las principales características del cáncer; es por esta razón que se puede tratar con radiación el área donde el cáncer puede haber migrado para

destruir cualquier célula cancerígena que este en el área y de esta manera prevenir la aparición de un nuevo tumor (ACS, 2015).

Otra de las metas es tratar los síntomas causados por el cáncer avanzado, cuando se encuentra en una etapa muy avanzada y no hay posibilidades de cura, lo que se procura es dar al paciente la mejor calidad de vida, esto significa disminuir el dolor de cualquier manera; la radioterapia puede ayudar a que los tumores reduzcan su tamaño y por tanto generan menos dolor, este tipo de uso es conocido como radiación paliativa (ACS, 2015).

El trasplante de células madre, generalmente utilizado para tratar el cáncer que afecta a la sangre o al sistema inmunitario; dentro de este trabajo nuestro interés específico es el cáncer de mama y próstata, por lo cual no se analizará a fondo el trasplante de células madre (ACS, 2015).

La terapia hormonal consiste en la adición, bloqueo o extracción de determinadas hormonas, las cuales promueven a que ciertos tipos de cánceres crezcan (específicamente el de próstata y mama). El objetivo principal de esta terapia es que al administrar ciertos tipos de hormonas u otros medicamentos que actúen en contra de las mismas, se logre demorar o impedir un mayor crecimiento y propagación del cáncer; a veces es necesario conjugar este tratamiento con una cirugía en la cual se extirpa la glándula productora de hormonas. Este tipo de tratamiento puede dividirse en dos tipos: 1) el que bloquea la capacidad de producción de hormonas propia del cuerpo y 2) el que interfiere en el funcionamiento normal de las hormonas en el cuerpo (ACS, 2015).

Consecuencias

Aunque los tratamientos para el cáncer pueden resultar beneficiosos en cuanto a reducción del cáncer en sí y su sintomatología, también pueden generar efectos secundarios en los pacientes. En general cualquier tipo de tratamiento puede presentar los siguientes efectos adversos como: anemia, alopecia, cambios en la piel (lunares o llaga), problemas de fecundación en ambos sexos, delirios, diarrea, dolor, edema, estreñimiento, falta de apetito, fatiga, neutropenia (respuesta inflamatoria ineficaz a infecciones), linfedema (problemas en el sistema linfático en el cual no es capaz de drenar la linfa y genera hinchazón por acumulación de líquidos en los tejidos blandos del cuerpo), náuseas y vómitos, neuropatía periférica (daño al sistema nervioso), problemas cognitivos de memoria y concentración, en la boca y la lengua como manchas blancas en el interior de la misma, problemas para dormir, específicamente cambios en los patrones de sueño o dificultad para conciliar el sueño; inconvenientes sexuales en hombres y mujeres, como por ejemplo pérdida de la energía o el interés sexual; problemas urinarios y en la vejiga, especialmente en hombres que se someten a tratamientos para el cáncer de próstata, puede aparecer sangrado, dolor o sensación de ardor, dificultades para vaciar la vejiga, sensación de una constante necesidad de orinar, etc. Y finalmente la trombocitopenia, definida como la reducción de plaquetas dentro del torrente sanguíneo (inferior a 100.000/mm cúbicos) (ACS, 2015).

En cuanto a los efectos secundarios en el tratamiento del cáncer de próstata se tiene: impotencia sexual, pérdida esporádica de orina en la vejiga o de material fecal del recto, encogimiento del pene de 1 a 2 cm y hernia inguinal el cual se refiere a un bulto de grasa o parte del intestino delgado a través de músculos débiles de la ingle (ACS, 2015).

La terapia hormonal, comúnmente utilizada para ambos tipos de cáncer puede causar muchos efectos adversos, ya que ésta bloquea la capacidad natural del cuerpo para producir hormonas

o interviene en su funcionamiento; obviamente los efectos adversos dependen de cómo reaccione cada organismo, sin embargo, los síntomas que más se repiten son:

En hombres, sofocos, falta de interés sexual o incapacidad para tener relaciones sexuales, debilidad en los huesos, diarrea, náuseas, senos agrandados o hipersensibles y fatiga. Por otro lado, en mujeres los signos comunes son: sofocos, sequedad vaginal, cambios en los periodos de menstruación en aquellas que aún no han llegado a la menopausia, falta de interés sexual, náuseas, cambios de ánimo y fatiga (NCI, 2016).

Generalidades de los Aspectos que afectan a la pareja

A continuación, se detalla a profundidad cómo afecta el cáncer de próstata y el cáncer de mama tanto al enfermo como a la pareja a nivel emocional, sexual, social y clínico. Es importante mencionar que el enfermo de cáncer y su pareja sufren una serie de cambios al momento del diagnóstico; desde la dinámica de pareja y el sufrimiento de cada uno como un individuo independiente preocupado. Para Baider, cada individuo de la familia es afectado por la noticia del cáncer soportando molestias tales como angustia, tristeza, cansancio, resentimiento, entre otros (Baider, 2003). Según Wasteson, Nordin, Hoffman, Glimelius, & Sjöden indican que una persona padeciente de una enfermedad grave y letal como lo es el cáncer, se halla en una situación de crisis con alteraciones físicas, psicológicas y sociales (Wasteson, Nordin, Hoffman, Glimelius, & Sjöden, 2002). Dicho esto, la pareja llega a un acuerdo sobre las medidas que van a ser tomadas dependiendo del tipo de cáncer y su gravedad; es decir, una serie de toma de decisiones como el tratamiento, medicamentos, cuidados, costos, entre otros. En un estudio de Ezer, Rigol Chachamovich & Chachamovich en el año 2011 se entrevistaron a 81 parejas para ver las incongruencias en el primer año de haber recibido el diagnóstico de cáncer de próstata y en las áreas donde más se mostraba incongruencia era en el cuidado de salud, ambiente social, estrés psicológico y relaciones

sexuales; en el primero, las esposas mostraron más estrés y angustia al momento de recibir el diagnóstico y el futuro cuidado de su esposo; en el segundo, se trata sobre actividades sociales que en un principio disminuyó más en los pacientes; luego, los pacientes estaban más preocupados por la parte sexual que sus esposas y; finalmente, los hombres eran más afectados emocionalmente que sus esposas en estrés, ansiedad y depresión (Ezer , Chachamovich, & Chachamovich, 2011). Dicho esto, las contradicciones de las parejas se dan en áreas fundamentales de la vida como el bienestar psicológico, salud física, entorno social y sexual ya que cuando hablamos de una pareja es importante tener en cuenta este factor.

Por otro lado, un estudio realizado por Girgis, Lambert, Johnson, Waller & Currow los cuidadores del enfermo de cáncer sienten una carga considerable con su satisfacción emocional, física, económica, relaciones sociales y personales, también mencionan que las parejas describen al papel de cuidadores como un trabajo de tiempo completo (Girgis , Lambert, Johnson, Waller, & Currow, 2012). En definitiva, todas estas afectaciones van a influir a nivel físico y emocional de los implicados, en este caso, la pareja.

Aspecto Social

Por otra parte, se detalla acerca de la afectación en el aspecto social de la pareja durante la enfermedad. Según, Baanders & Heijmans mencionan que los cónyuges de pacientes con cáncer son unos de los perciben una carga económica más alta y tensión en la vida personal que otras enfermedades graves, sobre todo con las parejas desempleadas (Baanders & Heijmans, 2007). En efecto, el componente financiero es el más preocupante puesto que se enfrentan a una enfermedad grave cuyos procedimientos implican altas inversiones para la recuperación del afectado. En cuanto a los problemas sociales que envuelven a la pareja con cáncer de acuerdo a la lista de Stenberg, Ruland & Miaskowski se encuentran: problemas financieros, deudas, bajo rendimiento y ausencia laboral, alteraciones

en la educación, frustración hacia una carencia de información acerca del cáncer, búsqueda de grupos de apoyo, cambios en el manejo de los quehaceres del hogar, actividades interrumpidas, limitaciones en actividades de ocio, disminución en las visitas de familiares o amigos y el acompañamiento a las consultas médicas (Stenberg, Ruland, & Miaskowski, 2010). Dicho esto, la pareja se confronta a diversos cambios y preocupaciones que cubren diferentes áreas del aspecto social cubriendo desde la interacción con otras personas como red de apoyo, cambios en los momentos de entretenimiento hasta inconvenientes profesionales y educativos. De acuerdo con Rodríguez, Vecino & Béjar, la pareja oncológica hace frente al cambio en los roles como la adaptación de un papel de cuidador y dinámica familiar; en el primero porque deja a un lado su disposición laboral para pasar más tiempo con el enfermo y la segunda en caso de que otros familiares se involucren al cuidado del paciente cuando la pareja no esté disponible (Die Trill, 2003).

Aspecto Emocional

Con respecto al enfoque emocional, se explica en diferentes estudios en donde la pareja ha sido desfavorecida. Para Zimmermann, tanto el paciente y la pareja del mismo reaccionan frente a la noticia del diagnóstico de cáncer con miedo, incertidumbre, depresión y ansiedad; aunque estos sentimientos pueden variar dependiendo cómo cada uno haga frente a la enfermedad; también enfrentar el cáncer puede desafiar patrones de comunicación, roles y responsabilidades (Zimmermann, 2015).

Asimismo, Gronostaj & Janeczek explican que el compañero del enfermo de cáncer tiene dos funciones que cumplen: ser el destinatario y abastecedor de apoyo de su pareja (Gronostaj & Janeczek, 2013). En otras palabras, el cónyuge es quien recibe y suministra soporte como fuente de refuerzo al atravesar por una enfermedad perjudicial. Adicionalmente, indican que ambos individuos presentan el mismo estrés cuando el enfermo experimenta dolor y solo incrementaba cuando el paciente iba ser sujeto a cirugía, pero a su vez esta angustia atenuaba

cuando había una complacencia marital. Para Stenberg, Ruland & Miaskowski entre los problemas emocionales involucrados en las parejas con cáncer son: ansiedad, miedo, preocupación, depresión, incertidumbre, desesperanza, impotencia, cambios de ánimo, confusión, culpa y pánico, sentimientos de suicidio y nerviosismo (Stenberg, Ruland, & Miaskowski, 2010). También se experimentan emociones positivas de cuidado como: apreciación del tiempo en pareja, acercamiento, atesoramiento de la vida, encontrar propósito y significado, aceptación de la enfermedad, crecimiento en la conexión, mayor atención y un aumento en el respeto entre ambos. Hay que destacar que a nivel emocional no se enfoca en lo negativo sino lo positivo de la dinámica en pareja que puede surgir en momentos difíciles. De acuerdo con Vanlerenberghe, Sedda & Ait-Kaci el cáncer localizado en cualquier órgano femenino es un reto en la pareja ya que se experimentan cambios desde el diagnóstico, tratamiento, y post tratamiento llevando a la pareja a un fortalecimiento o una ruptura; además el apego en la pareja puede cambiar, mejorar o estropearse, pero generalmente el cáncer refuerza a la pareja (Vanlerenberghe, Sedda, & Ait-Kaci, 2015).

Aspecto Sexual

Ahora bien, se explica el componente sexual que experimenta cada individuo de acuerdo al cáncer de mama o próstata. Según Steginga y otros mencionan que el paciente con cáncer de próstata muestra más angustia en la sexualidad, necesidades psicológicas, cuidados e información acerca de la salud como: alteraciones en las relaciones sexuales, pérdida de la virilidad, variación en los sentimientos sexuales, información del tratamiento, beneficios y efectos secundarios, miedo a que regrese el cáncer, preocupación una vez si hay mejoría y estrés a los resultados de los exámenes (Steginga, y otros, 2001) . Esto quiere decir, que la persona quien sufre del cáncer de próstata tiene una intranquilidad prolongada que afecta a toda información basada alrededor de su enfermedad y el ámbito sexual. Otro punto es, los tratamientos contra el cáncer pueden traer consigo daños sexuales como poco deseo sexual,

cambio en la intensidad del orgasmo e insuficiencia vascular (Abalo, Abreu, Roger, & Gonzalez, 1999). Esto quiere decir que los efectos de las medicaciones o intervenciones contra la enfermedad tienen una consecuencia negativa tanto en el área física y emocional que juegan parte en el aspecto sexual. De modo similar, Emilee, Ussher & Perz mencionan una lista de preocupaciones e inconvenientes que emergen en la sexualidad de la mujer con cáncer de mama, las cuales son: bajo deseo sexual, poca lubricación, descenso de calidad del orgasmo, dolor sexual, sensibilidad alta en los senos o pérdida de la estimulación del busto, disminución en la frecuencia sexual, pérdida de interés sexual y sequedad vaginal (Emilee, Ussher, & Perz, 2010) . De igual manera, Ramírez & Flores indican cuatro afectaciones sexuales que se dan durante los tratamientos contra el cáncer: problemas físicos para dar y recibir placer sexual; cambios en la imagen corporal, reajuste de roles y la manifestación de sentimientos negativos como el miedo, nostalgia y ansiedad (López Ramírez & González Flores, 2005). De manera análoga, Stenberg, Ruland & Miaskowski mencionan que existe una tensión y cambio de roles, baja satisfacción matrimonial, impotencia sexual, pérdida de libido, insatisfacción en las relaciones sexuales, pérdida de la intimidad, disfunciones eréctiles, preocupación de fertilidad (Stenberg, Ruland, & Miaskowski, 2010).

Recapitulando, tanto el hombre con cáncer de próstata como la mujer con cáncer de mama experimentan de manera similar las alteraciones sexuales, asimismo estos cambios repercuten a la pareja del sujeto puesto que en ambos casos la libido es afectada siendo este primordial en la intimidad sexual y la ausencia del deseo sexual conlleva a que ambos como pareja no puedan sentir la totalidad de la relación sexual placentera.

De acuerdo con Wittmann y otros hizo un estudio con 20 parejas que pasaron por un proceso de prostatectomía (extirpación de la próstata) mencionan que el 95% de las parejas son activamente sexuales, un 45% dicen que el sexo es algo esencial para la relación, pero un 90% quiere cooperar en la relación sexual o cualquier método para reanimar su vida sexual

que fue descuidada (Wittmann, y otros, 2015). Esto quiere decir, que la mayoría de las parejas desean re animar su vida sexual y están dispuestos a trabajar en la mejoría de ello.

Aspecto Clínico

En un estudio de Stenberg, Ruland & Miaskowski describen las preocupaciones clínicas que afecta a la pareja y al paciente, las cuales son: fatiga, pérdida de apetito, reducción de peso, problemas de sueño, indigestión, tensión muscular, pérdida de fuerza, estrés hacia la falta de información acerca del tratamiento, progreso y un posible retorno o empeoramiento del cáncer, efectos secundarios de medicamentos y tratamientos, incontinencia, problemas urinarios, manejo de higiene, dificultad respiratoria, disponibilidad de enfermería, acceso a medicamentos y dolores en diferentes áreas del cuerpo tales como en la cabeza, espalda y piernas (Stenberg, Ruland, & Miaskowski, 2010). Entonces, en estos cambios físicos y preocupaciones que experimenta la pareja puede generar desequilibrio en la dinámica de pareja puesto que la descompensación de uno afecta de manera directa al otro y sin una buena red de apoyo como en este caso, el acompañante, no tolera dichas modificaciones puede sumergirse en un bloqueo o angustia elevada.

Por otro lado, el cambio de imagen después de alguna intervención quirúrgica durante los tratamientos contra la enfermedad en los pacientes de cáncer, perjudica de manera negativa su calidad de vida y funcionamiento psicosocial (Fingeret, Teo, & Epner, 2014). Igualmente, los pacientes tienen que enfrentarse también a cambios en su imagen y funcionamiento corporal ya que son afectados por la gravedad de la enfermedad o el tratamiento al cual deciden llevar; este cambio de la imagen corporal es una preocupación psicosocial en el sujeto puesto que conlleva sentimientos negativos como aislamiento, vergüenza o angustia (Zimmermann, 2015). Es decir, pacientes con una extracción de mama o de la próstata no solo juegan el papel clínico de la pérdida de un miembro o parte del cuerpo sino también afecta a la persona de forma emocional ya que al manipular estas

secciones del cuerpo existen pensamientos como se menciona anteriormente acerca de la feminidad en la mujer y virilidad en caso de hombres, además de sentimientos negativos. Según Llinares, Benedito & Piqueras mencionan que, para el enfermo de cáncer, el tratamiento de más éxito son la quimioterapia y radioterapia (Llinares Insa, Benedito Monleón, & Piqueras Espallargas, 2010). A saber, esto, se entiende que la pareja va a probar los efectos psicológicos y físicos del cambio que va a experimentar la persona afectada.

Tratamiento

Finalmente, se expone sobre los tratamientos que pueden ser incluidos durante el acompañamiento de la pareja con la enfermedad. De acuerdo con National Comprehensive Cancer Network, describe ciertos tratamientos que pueden favorecer al enfermo con cáncer y quienes lo rodean, el cual incluye a varios profesionales de la salud como: trabajadores sociales clínicos, psicólogos, médicos, enfermeras y psiquiatras quienes se basan en un plan de tratamiento que incluye psicoeducación, medicina psiquiátrica, psicoterapia, otras terapias o medicinas como tratamientos integrativos complementarios y ejercicio; con la penúltima opción se refiere a intervenciones como el yoga, meditación, musicoterapia y relajación mediante imaginería, las cuales resultaron ser provechoso en la depresión de mujeres con cáncer de mama (NCCN, 2017). Para Rodríguez, Vecino & Béjar expresan que es fundamental que ambas partes establezcan un apoyo emocional adecuado como también guías que contribuyan durante el transcurso de la enfermedad y tratamiento futuro de la afección (Como se cita en Die Trill, 2003, p. 539). Según Tamagawa, Garland, Vaska & Carlson señalan los tipos de intervenciones más comunes para los pacientes con cáncer: Terapia cognitivo conductual, entrenamiento en habilidades de comunicación, asesoramiento, psicoeducación, entrenamiento en manejo de estrés, imaginería guiada, grupo de apoyo o terapia grupal (Tamagawa, Garland, Vaska, & Carlson, 2012). Dicho esto, se puede tener una idea de general acerca de las intervenciones en las parejas incluyendo la participación en

actividades grupales lo que ayuda a la pareja o al sujeto abrir una red de apoyo y normalizar el hecho de que no son los únicos afectados. Fingeret, Teo & Epner evidencian que el ayudar a la pareja hablar sobre temas desafiantes acerca de los cambios en la imagen corporal que produce el cáncer se puede lograr superar el miedo, ansiedad, vergüenza, entre otras emociones negativas. Es importante enfatizar el acercamiento de la pareja al compartir sus preocupaciones ya que se trabaja en una comunicación más asertiva (Fingeret, Teo, & Epner, 2014).

En cuanto al cáncer de próstata se menciona que los tratamientos efectivos para estos pacientes son las intervenciones cognitivas conductuales en grupo y psicoeducación para mejorar la calidad de vida en los hombres (Chambers, Pinnock, Lepore, Hughes, & O'Connell, 2011). Por otro lado, los procedimientos que se emplearon en el estudio de Font & Rodríguez para mujeres de cáncer de mama fueron psicoeducación, terapia cognitiva conductual, técnicas de mindfulness, técnicas de relajación, terapia grupal y de pareja (Font & Rodríguez, 2007). Con respecto a lo citado, se puede notar que ambos sexos llevan un procedimiento similar basada en la intervenciones educativo-informativo la cual se centra en la información acerca de la enfermedad y todas las dudas o angustias que engloban a esta; la terapia cognitiva proporciona herramientas y una diversidad de técnicas para afrontar la enfermedad; también el uso de la terapia grupal y de pareja complementa el trabajo en la parte psicosocial del individuo y la dinámica de pareja en todos sus aspectos.

A propósito de la comunicación en pareja, en un estudio se demuestra que aquellas parejas que expresan sus necesidades, preocupaciones y sentimientos frente al cáncer con su compañero, alcanzan una mejora en la relación de pareja (Traa, De Vries, Bodenmann, & Den Oudsten, 2014). Del mismo modo, Fingeret, Teo & Epner indican que todas las intervenciones de terapia cognitiva conductual pueden ayudar a la pareja sobre los cambios corporales en el cáncer de mama, esta intervención puede ser en pareja o en grupo (Fingeret,

Teo, & Epner, 2014). Entonces, el tratamiento psicológico donde incluye a la contraparte revela un avance en la dinámica puesto que el compañero o compañera no solamente está involucrado sino trabaja de manera individual como sujeto que está preocupado por su semejante tanto como en la relación de ambos en un presente y futuro. Por consiguiente, Walker, King, Kwasny & Robinson realizaron talleres a pacientes con cáncer de próstata y sus acompañantes por dos años, los talleres se enfocan en la mejora de la comunicación directa sobre su sexualidad y estrategias para improvisarla; las parejas mostraron una mejora en su satisfacción en la relación, donde concluyen que es importante que la pareja se incline por un plan de tratamiento para promover la recuperación sexual después de un tratamiento de cáncer de próstata (Walker, King, Kwasny, & Robinson, 2016). Es decir, la participación de la pareja en la intervención psicológica por una parte manifiesta mejora en la unión e incluye la expresión de cada uno en los diferentes componentes mencionados a lo largo del trabajo como el clínico, social, sexual y emocional. Por ejemplo, entre las maneras que las parejas reportaron enfrentarse a la recuperación sexual fueron: trabajar en el optimismo, uso del humor, comunicación en sobrellevar la enfermedad, afecto, paciencia, aceptación de cambios y funciones sexuales, trabajo en el interés por su pareja, experimentar sexualmente y buscar ayudas sexuales (Wittmann, y otros, 2015). El Instituto Nacional del Cáncer define que uno de los beneficios para ayudar a problemáticas con su imagen corporal es el mantenerse activo, probar actividades como: caminatas, deporte, yoga, hacer pesas, o pertenecer a cualquier tipo de recreación con el fin de aprender a sobrellevar cambios, bajar niveles de estrés, sentirse más fuerte, tener el control de su cuerpo y aprender a relajarse; además de otras acciones por ejemplo hobbies o voluntariados (NCI, 2019). En resumen, todos los procedimientos mencionados pueden aplicarse en la pareja ecuatoriana durante el tratamiento del cáncer y a futuro, las intervenciones van de la mano una con otras ya que todo el trabajo y esfuerzo es complementario.

Diseño y Metodología

En la siguiente propuesta se selecciona el método de estudio cualitativo fenomenológico exploratorio, el método cualitativo es directo a brindar una profunda y entendimiento interpretado del mundo social por medio de aprender acerca de las circunstancias, experiencias y perspectivas tanto sociales y materiales de las personas, asimismo, se toma el modelo fenomenológico puesto que trata sobre las ideas que las personas utilizan en la vida diaria para ser un sentido a su mundo (Ritchie, Lewis, McNaughton, & Ormston, 2013).

Según Hanson, Balmer y Giardino, uno de los principales beneficios de utilizar el método ya mencionado es que los investigadores tratan de entender de mejor manera las perspectivas del participante, lo cual permite estar en contacto directo con el fenómeno de interés y ver el verdadero significado que los sujetos construyen a partir de las experiencias vividas; por tanto realizar un estudio cualitativo permite observar el entorno natural en donde se producen los fenómenos con una mínima interrupción de la rutina diaria de los participantes (Hanson, Balmer, & Giardino, 2011). La flexibilidad del estudio permite que se incorporen nuevos e inesperados eventos o conclusiones que al inicio del estudio probablemente no se tenían en cuenta

Población

Dentro de un estudio cualitativo la elección de la muestra debe estar basada en criterios de comprensión y pertinencia, mas no en la representatividad estadística como sería el caso de un estudio cuantitativo; idealmente el diseño de la muestra tiene el objetivo de ubicar e indagar de manera profunda sobre los participantes, pero a su vez trata de indagar sobre lugares, situaciones, eventos, casos, actores. En el tipo de metodología escogida, cabe recalcar que el muestreo es progresivo y está sujeto a los diferentes hallazgos que se

encuentren en la investigación; la muestra no es algo preestablecido, debe ser secuencial y teóricamente conducida más no debe establecerse al azar ni con fórmulas matemáticas.

Los criterios que más se deben tener en cuenta son los de representatividad cualitativa como: conocimiento, experiencia, significado del lugar o del momento, oportunidades y condiciones de desarrollo de la investigación.

Las muestras son selectivas lo que quiere decir que un número de casos muy pequeño puede ser suficiente ya que el interés de la investigación se basa en la profundidad no en la cantidad de información ni su representatividad (Galeano, 2003). Dicho esto, los participantes para esta propuesta de investigación son parejas ecuatorianas donde uno de ellos padezca de cáncer de próstata o de mama con al menos dos años de relación. En cuanto a los sujetos seleccionados con cáncer de próstata se escoge a 15 hombres entre edades desde los 40 a 80 años con sus respectivas parejas. De igual manera, se selecciona a 15 mujeres con cáncer de mama entre edades de 25 a 50 años. Se selecciona esta muestra de treinta parejas por el porcentaje de reincidencia en la sociedad ecuatoriana.

Criterios de inclusión:

- Uno de los integrantes de la pareja debe estar durante tratamiento contra el cáncer ya sea de próstata o mama.
- Parejas casadas o unión de hecho, con una convivencia de al menos dos años.
- Mujeres que padezcan cáncer de mama, que tengan entre 25 a 50 años.
- Hombres que padezcan cáncer de próstata, que tengan entre 40 a 80 años.
- Parejas que en el momento del estudio residan en la ciudad de Quito, Pichincha, Ecuador.

Criterios de exclusión:

- Estar bajo tratamiento psiquiátrico para regular ansiedad, depresión u otro desorden del estado de ánimo.

- Parejas heterosexuales
- Participantes que, aunque presenten cáncer de próstata o mama no estén siguiendo algún tipo de tratamiento para dicha enfermedad
- Parejas en las cuales ambos miembros presentan cáncer
- Participantes que presentan un cáncer de próstata o mama en estado terminal o cuidados paliativos
- Participantes que presenten cualquier otro tipo de cáncer diferente a mama o próstata.
- Pacientes que reporten al menos dos años de relación, pero vivan separados.
- Parejas que no sean residentes de la ciudad de Quito, Pichincha, Ecuador.
- Pacientes que previamente se hayan curado de cáncer de mama o próstata y exista una recidiva.

Materiales

El material que se sugiere a utilizar para esta propuesta de investigación es la entrevista semi estructurada, esta entrevista se destaca por ser flexible ya que son preguntas planificadas las cuales se ajustan a los sujetos que participan en el estudio, además las preguntas aplicadas se alejan de formalismos. Este tipo de entrevista tiene como objetivo de hacer un trabajo de campo para percibir la vida social y cultural de grupos determinados por medio de interpretaciones subjetivas para revelar la conducta del grupo (Bravo, García, Hernández, & Ruiz, 2013).

Las ventajas de este tipo de entrevista es que se puede conocer hechos no observables como opiniones, emociones, significados o valoraciones; no hay limitaciones espacio temporales, el cual se puede averiguar sobre hechos del pasado y futuro; también mantiene una observación propia y ajena, es decir, perspectivas de no como observaciones referentes a un acontecimiento u otra persona (Bravo, García, Hernández, & Ruiz, 2013).

Procedimiento de recolección de datos

Para recolectar a los sujetos de la investigación, se procederá enviar una carta a la administración del hospital SOLCA, Metropolitano y Valles, específicamente dirigida a las áreas de Oncología para obtener los respectivos permisos de cada una de las instituciones; una vez que las instituciones mencionadas nos concedan realizar el estudio se repartirán volantes en los cuales se anuncie que se buscan participantes que cumplan los criterios de inclusión y en donde se explique a la pareja sobre su participación en el estudio. Una vez realizada la recolección de datos de los individuos que deseen participar voluntariamente se hace la selección de muestreo simple. Luego, se contacta a cada pareja por correo electrónico enviando a su vez toda la información necesaria sobre la investigación. Cada pareja tendrá una recompensa de 20 dólares debido al tiempo invertido en el estudio.

Análisis de los datos

A continuación, se utiliza el método comparativo constante que expone Maykut & Morehouse, el cual se trata de una mezcla entre codificaciones de categoría inductiva con una comparación paralela de cada unidad de media; a medida que nuevas unidades de significado a examinar surjan, se compara con otras unidades de significado para así agruparse en categorías y codificaciones con otras unidades de significados semejantes; sin embargo, si no hay unidades similares se procede a crear una categoría nueva (Maykut & Morehouse, 1994). Uno de los beneficios de este procedimiento es que ratifica a perfeccionar los significados de forma continua; las primeras categorías se las puede unificar, cambiar, omitir o elaborar nuevas categorías (Maykut & Morehouse, 1994). El Investigador del estudio brinda una lista de categorías para la categorización y la codificación, la cual otorga una reconstrucción apropiada de la información recaudada, luego se consiguen patrones similares en la respuesta para crear su categoría respectiva (Maykut & Morehouse, 1994). Para la siguiente propuesta de investigación, se crean categorías de codificación según los factores o problemáticas que

surgen en la dinámica de la pareja cuando uno de ellos está bajo un tratamiento contra el cáncer, entre ellas se pueden asumir: dificultades en el ámbito sexual, social, emocional y clínico. Es necesario generar una jerarquía entre los aspectos que se vayan a encontrar, por tanto, se va a establecer que de 25 a 30 repeticiones mínimas de un mismo factor se generará una categoría principal y de 15 a 24 repeticiones, una categoría secundaria. Cada factor encontrado deberá ser tabulado, lo cual permitirá ver su frecuencia y generar las categorías de mejor manera (Maykut & Morehouse, 1994).

Consideraciones Éticas

En la siguiente propuesta de trabajo, se expone el código de ética que indica la American Psychological Association (APA) para respetar las diferentes consideraciones éticas, principalmente la confidencialidad de cada sujeto ya que se asegura el anonimato dentro de la investigación, de igual manera con la información recaudada de acuerdo con el código de ética 4.01 titulado mantener la confidencialidad (APA, 2013). De acuerdo con APA, en el código de ética 8.02 se proporciona el consentimiento informado a cada individuo en el cual conocerán sobre su participación voluntaria en el estudio y con la opción de retirarse del estudio en cualquier instante si el participante lo encuentra necesario (APA, 2013). Asimismo, en el código de ética de APA 8.08 sobre el informe final, toda la recolección de datos obtenida mantiene su confidencialidad y se la utiliza solamente para la investigación; también se da a conocer a cada participante que puede tener acceso a la información recolectada y a su vez clarificar cualquier duda que los sujetos tengan (APA, 2013). Igualmente, se requiere de una autorización previa de los profesionales encargados en el proceso como oncólogos, psicólogos y médico general para obtener sujetos en el estudio y luego suministrar la encuesta semi estructurada el cual su código de ética APA es el 8.01; acerca de la autorización institucional y con respecto a la entrevista semi estructurada, esta

será adaptada al idioma de predominio del participante a investigar considerando el código de ética 9.02 (b) también conocido como uso de las evaluaciones (APA, 2013).

Adicionalmente, se debe tener el permiso de cada participante para grabar las entrevistas según el código de ética APA 4.03 inscrito como permiso para grabar (APA, 2013). Por último, los sujetos firmarán un consentimiento informado en donde se autorice una grabación de audio para obtener mayor información sobre el estudio y no omitir ningún tipo de información estipulado en el código de ética APA 8.03 conocido también como consentimiento informado para la grabación de voces e imágenes en investigación (APA, 2013).

Discusión

El objetivo de este estudio es encontrar los factores con mayor prevalencia en cuanto al deterioro de la pareja en las siguientes áreas: emocional, social, sexual y clínica cuando alguno de los miembros padece de cáncer de próstata o mama. En el estudio de Stenberg, Ruland & Miaskowski se identificaron más de 200 problemas en la pareja y las categorías con mayor frecuencia encontradas fueron en el área social y emocional, además sobre 164 estudios revisados, 29 estudios resaltan problemas a nivel social y a su vez describe que el cuidador primario necesita asesoramiento para manejar dificultades económicas, laborales y de aislamiento. De igual manera, once estudios exponen problemas y reacciones emocionales más comunes en la pareja que incluyen ansiedad, depresión, impotencia, cambios de humor, retos sobre los cuidados, problemas sexuales y miedo (Stenberg, Ruland, & Miaskowski, 2010)

Al igual que los resultados del estudio mencionados anteriormente, se pretende obtener los propios aspectos más afectados en la pareja, una vez obtenidos estos factores se trabaja

conjunto con la pareja en la psicoeducación, terapia individual y en pareja para afrontar las problemáticas que surgen.

En la mayoría de los estudios analizados se encontró que base del tratamiento en parejas con cáncer era emplear habilidades de comunicación, terapias de la corriente cognitivo conductual ya sean individuales o en pareja y psicoeducación. En el artículo de Tamagawa, Garland, Vaska & Carlson se enfatiza el uso de entrenamiento en habilidades de comunicación, psicoeducación y terapia de enfoque cognitivo conductual en cada sujeto o en grupo (Tamagawa, Garland, Vaska, & Carlson, 2012). Demás estudios como el de Chambers, Pinnock, Lepore, Hughes, & O'Connell (2011), Fingeret, Teo & Epner (2014) y Font & Rodríguez (2007) también demuestran que la terapia cognitivo conductual y la psicoeducación son las más utilizadas y efectivas para la pareja durante tratamiento de cáncer. En todas las intervenciones mencionadas, se incluirán temas específicos como las dificultades en el ámbito sexual, social, emocional y clínico con el objetivo de tratar directamente las alteraciones más comunes entre la pareja con cáncer puesto que, el manejar sobre los diferentes temas se incluye a cada factor sin dejar ninguno de lado por si existe vergüenza o resistencia de hablar de otro tema.

Fortalezas y limitaciones de la propuesta

Una de las fortalezas de este estudio es el uso de una metodología cualitativa y se beneficia en tener una mejor perspectiva del participante debido que, se conoce de manera detallada la visión del sujeto. Además, esta propuesta de investigación requiere de un tiempo corto ya que no son muchos participantes y en cuanto al pago por la participación no es un gasto elevado. Asimismo, otra fortaleza es que se trata de una enfermedad de prevalencia alta lo que puede ayudar a tratamiento y prevención como una elaboración de talleres psicoeducativos referentes a este tema para parejas. Por último, este tipo de investigación no ha sido investigada en el país anteriormente.

Este estudio podría presentar varias limitaciones como la selección de parejas solamente en la ciudad de Quito, excluyendo a otras ciudades importantes del país, y en las cuales probablemente se podrían obtener resultados diferentes. Otra limitación es el incluir a mujeres y hombres con cáncer en un cierto de rango de edad. También, en el siguiente estudio se enfoca en personas de un estrato socioeconómico alta ya que en los hospitales como SOLCA, Metropolitano y Valles son de estrato socio económico medio-alto. Otro punto es, la exclusión de otro tipo de cáncer ya que solo se enfoca en cáncer de mama y próstata. Por último, no se considera el tiempo en específico del transcurso de la enfermedad, es decir, una pareja puede estar en tratamiento un mes y otra un intervalo de tiempo más amplio, lo cual puede generar distintos tipos de respuestas y por tanto mayor ambigüedad en los resultados.

Recomendaciones para futuros estudios

Las recomendaciones a futuros estudios es ampliar la muestra y extenderla a otras ciudades del Ecuador. Así también, incorporar a parejas de diferente estrato socioeconómico. Otra recomendación es crear un grupo de investigación para una mayor organización y recolección de datos. Adicionalmente, se podría incluir diferentes protocolos de evaluación e intervención en donde se pueda obtener con más detalle de forma cuantitativa del paciente. Finalmente, se puede integrar sesiones de psicoterapia para poder hacer una comparación de la efectividad de la misma.

Referencias:

- Abalo, J., Abreu, M., Roger, M., & Gonzalez, G. (1999). La sexualidad en pacientes con cáncer: algunas consideraciones sobre su evaluación y tratamiento. *Rev Cubana Oncol*, 49-65.
- ACS. (2014). *American Cancer Society*. From <https://www.cancer.org/es.html>
- ACS. (2015). *American Cancer Society*. From <https://www.cancer.org/es.html>
- ACS. (2016). *American Cancer Society*. From <https://www.cancer.gov/>
- ACS. (2017). *American Cancer Society*. From <https://www.cancer.org/es.html>
- American Psychological Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. Arlington: American Psychiatric Publishing.
- Baanders , A., & Heijmans, M. (2007). The impact of chronic diseases: the partner's perspective. *Family & community health*(4), 305-317.
- Badr, H., & Carmack Taylor, C. (2009). Sexual dysfunction and spousal communication in couples coping with prostate cancer. *Psycho- Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*(7), 735-746.
- Baider, L. (2003). Cáncer y familia: aspectos teóricos y terapéuticos. *International journal of clinical and Health Psychology*(3).
- Bondil, P., Habold, D., & Carnicelli, D. (2016). Cancer and sexuality: The couple, a decisive factor, too often neglected. *Sexologies*(2), e29-e33.
- Bravo, L., García, U., Hernández, M., & Ruiz, M. (2013). La entrevista, recurso flexible y dinámico. *Investigación en educación médica*(7), 162-167.
- Chambers, S., Pinnock, C., Lepore, S., Hughes, S., & O'Connell, D. (2011). A systematic review of psychosocial interventions for men with prostate cancer and their partners. *Patient Education and Counseling*, e75-e88.
- Die Trill, M. (2003). *Psico-Oncología*. Madrid: Ades.
- Emilee, G., Ussher, J., & Perz, J. (2010). Sexuality after breast cancer: a review. *Maturitas*, 397-407.
- Ezer , H., Chachamovich, J., & Chachamovich, E. (2011). Do men and their wives see it the same way? Congruence within couples during the first year of prostate cancer. *Psycho- Oncology*(2), 155-164.
- Fingeret, M., Teo, I., & Epner, D. (2014). Managing body image difficulties of adult cancer patients: lessons from available research. *Cancer*, 633-641.
- Font, A., & Rodríguez, E. (2007). Eficacia de las intervenciones psicológicas en mujeres con cáncer de mama. *Psicooncología*, 423-446.
- Galeano, M. (2003). *Diseño de proyectos en la investigación cualitativa*. . Medellín: Fondo Editorial.
- Girgis , A., Lambert, S., Johnson, C., Waller, A., & Currow, D. (2012). Physical, psychosocial, relationship, and economic burden of caring for people with cancer: a review. *Journal of Oncology Practice*(4), 197-202.
- Gronostaj, A., & Janeczek, M. (2013). World Conference on Psychology and Sociology 2012 Preliminary Results from Daily Diary Study of Marital Support in Couples Dealing with Cancer. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 674-679.

- Hagedoorn, M., Sanderman, R., Bolks, H., Tuinstra, J., & Coyne, J. (2008). Distress in couples coping with cancer: A meta-analysis and critical review of role and gender effects. *Psychological bulletin*(1), 1-30.
- Hanson, J., Balmer, D., & Giardino, A. (2011). *Qualitative research methods for medical educators*. Elsevier.
- INEC. (2016). *Instituto Nacional de Estadística y Censos*. From <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/institucional/home/>
- Katz, C., Boesch, G., & Herzog, R. (1998). Group-therapy of couples after breast cancer diagnosis: experimental pilot study. *Anticancer research*(3C), 2267-2269.
- Llinares Insa, L., Benedito Monleón, A., & Piqueras Espallargas, Á. (2010). El enfermo de cáncer: una aproximación a su representación social. *Psicología & Sociedade*, 318-327.
- López Ramírez, E., & González Flores, E. (2005). Sexualidad y cáncer: toxicidad y tratamientos de soporte. *Oncología*, 58-63.
- Martín, M., Herrero, A., & Echavarría, I. (2015). El cáncer de mama. *Arbor*(773).
- Martínez, B., Poveda, M., Encina, M., & Villaverde, R. (2013). Actualización en cáncer de próstata. *Medicine-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*(26), 1578-1587.
- Maykut, P., & Morehouse, R. (1994). *Beginning qualitative research: A philosophical and practical guide*. London: Routledge. doi:<https://doi.org/10.4324/9780203485781>
- NCCN. (2017). *National Comprehensive Cancer Network*. From <https://www.nccn.org/>
- NCI. (2015). *National Cancer Institute*. From <https://www.cancer.gov/>
- NCI. (2016). *National Cancer Institute*. From <https://www.cancer.gov/>
- NCI. (2019). *National Cancer Institute*. From https://www.cancer.gov
- OMS. (2018). *Organización Mundial de la Salud*. From <https://www.cancer.gov/>
- Organización Mundial de la Salud. (2018). <https://www.who.int/es>.
- Pow Sang, M., Destefano, V., Astigueta, J., Castillo, O., Gaona, J., Santaella, F., & Sotelo, R. (2009). Cáncer de próstata en Latinoamérica. *Actas Urológicas Españolas*(10), 1057-1061.
- Ritchie, J., Lewis, J., McNaughton, C., & Ormston, R. (2013). *Qualitative research practice: A guide for social science students and researchers*. sage.
- Shands, M., Lewis, F., Sinsheimer, J., & Cochrane, B. (2006). Core concerns of couples living with early stage breast cancer. *Psycho-Oncology*(12), 1055-1064.
- SOLCA. (2017). *Sociedad de Lucha Contra el Cáncer del Ecuador*. From <https://www.solca.med.ec/>
- Steginga, S., Occhipinti, S., Dunn, J., Gardiner, R., Heathcote, P., & Yaxley, J. (2001). The supportive care needs of men with prostate cancer (2000). *Psycho-Oncology*, 66-75.
- Stenberg, U., Ruland, C., & Miaskowski, C. (2010). Review of the literature on the effects of caring for a patient with cancer. *Psycho-oncology*, 1013-1025.
- Tamagawa, R., Garland, S., Vaska, M., & Carlson, L. (2012). Who benefits from psychosocial interventions in oncology? A systematic review of psychological moderators of treatment outcome. *Journal of Behavioral Medicine*, 658-673.

- Traa, M., De Vries, J., Bodenmann, G., & Den Oudsten, B. (2014). Dyadic coping and relationship functioning in couples coping with cancer: a systematic review. *British Journal of Health Psychology*, 85-114.
- Vallejos, J., Villaronga, A., Álvarez, C., Paganini, L., Paganini, L., González, C., . . . Dieguez, A. (2013). Actualización de la estadificación del cáncer de próstata. *Revista argentina de radiología*(4), 301-305.
- Vanlerenberghe, E., Sedda, A.-L., & Ait-Kaci, F. (2015). Cancers de la femme, sexualité et approche du couple. *Bulletin du cancer*, 454-462.
- Walker, L., King, N., Kwasny, Z., & Robinson, J. (2016). Intimacy after prostate cancer: A brief couples' workshop is associated with improvements in relationship satisfaction. *Psycho-Oncology*, 1336-1346.
- Wasteson, E., Nordin, K., Hoffman, K., Glimelius, B., & Sjöden, P.-O. (2002). Daily assessment of coping in patients with gastrointestinal cancer. *Psycho- Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*(1), 1-11.
- Wittmann, D., Carolan, M., Given, B., Skolarus, T., Crossley, H., An, L., . . . Montie, J. (2015). What Couples Say about Their Recovery of Sexual Intimacy after Prostatectomy: Toward the Development of a Conceptual Model of Couples' Sexual Recovery after Surgery for Prostate Cancer. *The Journal of Sexual Medicine*, 494-504.
- Yustos, M., Angulo, M., & Soto, M. (2017). Cáncer de mama. *Medicine-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*(34), 2011-2033.
- Zimmermann, T. (2015). Cancer: Psychosocial Aspects. *Institute of Psychology, Technische Universität Braunschweig, Braunschweig, Germany.*, 1443-1449.

ANEXOS:

Anexo A: Carta para la recolecta de participantes

Estimado Hospital: *nombre específico de la institución* solicito permiso para realizar una investigación en su institución la cual tiene como propósito indagar acerca del deterioro en la relación de pareja cuando uno de los miembros presenta cáncer de próstata o mama. Los sujetos deben estar bajo tratamiento contra el cáncer de próstata o mama. A cambio de la ayuda, se le hace una entrega a cada participante de 10\$, es decir 20\$ por pareja.

REQUISITOS:

Ningún miembro debe estar bajo tratamiento psiquiátrico para regular ansiedad, depresión u otro desorden del estado de ánimo.

El paciente no debe estar en estado terminal.

Pacientes que previamente se hayan curado de cáncer de mama o próstata y enfermedad haya regresado.

Parejas casadas o unión de hecho, con una convivencia de al menos dos años.

Mujeres que padezcan cáncer de mama, que tengan entre 25 a 50 años.

Hombres que padezcan cáncer de próstata, que tengan entre 40 a 80 años.

Parejas que en el momento del estudio residan en la ciudad de Quito, Pichincha, Ecuador.

Para mayor información contactarse al siguiente correo electrónico

nbernal@estud.usfq.edu.ec

Anexo B: Entrevista Semiestructurada

Paciente que padece de cáncer ____

Cuidador primario ____

1. ¿Cómo describiría su relación en la actualidad? Explique ¿Por qué?
2. ¿Qué piensa usted sobre el cáncer? (Creencias personales)
3. ¿Qué sabe usted acerca del cáncer? (Conocimiento médico)
4. ¿Cómo describiría su vida antes del cáncer? Explique detalladamente.
5. ¿Cuáles son sus preocupaciones acerca del futuro de la relación?
6. ¿Qué es lo que más le preocupa de su pareja?
7. ¿Qué es lo que más le preocupa sobre sí mismo?
8. ¿Qué tipo de tratamiento está recibiendo actualmente?
9. ¿Cuáles son los principales factores que usted considera que han deteriorado la relación de pareja debido al cáncer? Por favor mencione al menos cinco y describa brevemente cada uno
10. ¿De qué manera han influido estos factores a su vida personal? Por favor cite uno por uno y el cambio que han generado.
11. Describa las afectaciones del aspecto emocional en su relación (sentimientos o cambios de ánimo involucrados como: ansiedad, tristeza, miedo, etc.)
12. Describa las afectaciones del aspecto social en su relación (finanzas, educación, trabajo, cambio de roles, actividades de ocio, familiares, amigos, etc.)
13. Describa las afectaciones del aspecto sexual en su relación (disfunciones sexuales, deseo sexual, orgasmo, zonas erógenas, etc.)
14. Describa las afectaciones del aspecto clínico en su relación (cansancio, apetito, sueño, peso, dolores, higiene, etc.)
15. ¿Han existido ocasiones en las cuales ha sentido que le molesta su pareja?

Anexo C: Consentimiento Informado



Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos

Universidad San Francisco de Quito

El Comité de Revisión Institucional de la USFQ
The Institutional Review Board of the USFQ

Formulario Consentimiento Informado

Título de la investigación: El deterioro en la relación de parejas ecuatorianas durante el tratamiento de cáncer de próstata y mama

Organización del investigador: Universidad San Francisco de Quito

Nombre del investigador principal: Nubia Margarita Bernal Chacón

Datos de localización del investigador principal: nbernal@estud.usfq.edu.ec

Co-investigadores: No aplica

DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO	
Introducción	<p>Este formulario incluye un resumen del propósito de este estudio. Usted puede hacer todas las preguntas que quiera para entender claramente su participación y despejar sus dudas. Para participar puede tomarse el tiempo que necesite para consultar con su familia y/o amigos si desea participar o no.</p> <p>Usted ha sido invitado a participar en una investigación sobre el deterioro en la dinámica de pareja cuando un miembro padece y está en tratamiento contra el cáncer porque el cuidador primario y el paciente con cáncer reportan problemas en diferentes aspectos de su vida.</p>
Propósito del estudio	<p>Este estudio propone investigar los efectos que tiene las intervenciones tempranas como la psicoeducación en la pareja durante el tratamiento de cáncer, tomando en cuenta un enfoque cognitivo conductual. Para el siguiente estudio se cuenta con 15 parejas.</p>
Descripción de los procedimientos	<p>Se va a realizar un proceso de filtración a las parejas para poder verificar los requisitos de exclusión e inclusión. Luego, se le ofrece a la pareja completar una entrevista semi estructurada donde se pueda observar con detalle la perspectiva de cada uno frente al cáncer. Posteriormente, se ofrece a la pareja información y métodos para afrontar la situación.</p>

Riesgos y beneficios

Se puede ver afectado el nivel emocional de cada participante ya que se trabaja con problemáticas personales y preguntas sobre su relación de pareja el cual también puede existir una alteración de la relación. El beneficio fundamental es recolectar toda la información personal del sujeto y de su pareja para ofrecer talleres de psico educación e intervenciones tanto individual o grupal para el apoyo de las problemáticas del cáncer.

Confidencialidad de los datos

Para nosotros es muy importante mantener su privacidad, por lo cual aplicaremos las medidas necesarias para que nadie conozca su identidad ni tenga acceso a sus datos personales:

- 1) La información que nos proporcione se identificará con un código que reemplazará su nombre y se guardará en un lugar seguro donde solo el investigador y los ayudantes de la investigación tendrán acceso.
- 3) Su nombre no será mencionado en los reportes o publicaciones.
- 4) El Comité de Bioética de la USFQ podrá tener acceso a sus datos en caso de que surgieran problemas en cuando a la seguridad y confidencialidad de la información o de la ética en el estudio.

Derechos y opciones del participante

Usted puede decidir no participar y si decide no participar solo debe decirselo al investigador principal o a la persona que le explica este documento. Además, aunque decida participar puede retirarse del estudio cuando lo desee, sin que ello afecte los beneficios de los que goza en este momento. Usted recibirá un pago de 10\$ en efectivo cuando termine la investigación y no tendrá que pagar absolutamente nada por participar en este estudio.

Información de contacto

Si usted tiene alguna pregunta sobre el estudio por favor llame al siguiente teléfono 2628530 que pertenece a Nubia Bernal, o envíe un correo electrónico a nbernal@estud.usfq.edu.ec

Si usted tiene preguntas sobre este formulario puede contactar al Dr. Iván Sisa, Presidente del Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos de la USFQ, al siguiente correo electrónico: comitebioetica@usfq.edu.ec

Consentimiento informado

Comprendo mi participación en este estudio. Me han explicado los riesgos y beneficios de participar en un lenguaje claro y sencillo. Todas mis preguntas fueron contestadas. Me permitieron contar con tiempo suficiente para tomar la decisión de participar y me entregaron una copia de este formulario de consentimiento informado. Acepto voluntariamente participar en esta investigación.

Firma del participante

Fecha

Firma del testigo *(si aplica)*

Fecha

Nombre del investigador que obtiene el consentimiento informado
Nubia Margarita Bernal Chacón

Firma del investigador

Fecha