

Crisis, funcionalidad y tipología familiar en pacientes con cáncer de mama

Crisis, Functionality and Family Typology in Patients with Breast Cancer

Pamela Soto-Araujo,* Fernanda Salazar-Orozco,* Diego H. Ramírez-Leyva,* Canek Valle-Irbe,* Julio M. Medina-Serrano,** Janet Flores-Lujano.***

Resumen

Objetivo: describir la crisis, funcionalidad y tipología familiar en pacientes con cáncer de mama. **Métodos:** estudio transversal analítico, se realizó entre agosto y diciembre de 2021. La muestra fue de 250 pacientes con cáncer de mama que cumplieron los criterios de selección. La presencia de crisis familiares se determinó con el test de Holmes-Rahe. La funcionalidad familiar se valoró con la Escala de Evaluación de Adaptabilidad y Cohesión Familiar III. La tipología familiar se determinó con base en su conformación. Realizamos estadística descriptiva e inferencial. Para el análisis bivariado se utilizó razón de momios, χ^2 de Pearson y U de Mann-Whitney con intervalos de confianza de 95% ($p < 0.05$). **Resultados:** la frecuencia de crisis en pacientes con cáncer de mama fue de 89% (enfermedad personal, cambios en los hábitos de sueño, alimentación y condiciones familiares), las familias disfuncionales se presentaron en 58% y la tipología familiar más frecuente fue nuclear (63%). **Conclusión:** un alto porcentaje de pacientes con cáncer de mama tienen crisis familiares, las cuales se generaron durante el proceso de la enfermedad.

Palabras clave: cáncer de mama, familia, crisis, conflicto familiar

Recibido: 21/04/2022
Aceptado: 08/08/2022

*Unidad de Medicina Familiar No. 37, Instituto Mexicano del Seguro Social, Sinaloa, México.

**Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada en Sinaloa, Instituto Mexicano del Seguro Social, Sinaloa, México.

***Unidad de Investigación Médica en Epidemiología Clínica, UMAE-Hospital de Pediatría "Dr. Silvestre Frank Freund", Centro Médico Nacional Siglo XXI, Instituto Mexicano del Seguro Social, Ciudad de México.

Sugerencia de citación: Soto-Araujo P, Salazar-Orozco F, Ramírez-Leyva DH, Valle-Irbe C, Medina-Serrano JM, Flores-Lujano J. Crisis, funcionalidad y tipología familiar en pacientes con cáncer de mama. *Aten Fam.* 2023;30(1):9-14. <http://dx.doi.org/10.22201/fm.14058871p.2023.1.83855>

Este es un artículo open access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Correspondencia:
Diego H. Ramírez-Leyva
diegooram@hotmail.com

Summary

Objective: to describe the crisis, functionality and family typology in patients with breast cancer. **Methods:** Analytical cross-sectional study, conducted between August and December 2021. The sample consisted of 250 patients with breast cancer who met the selection criteria. The presence of family crises was determined with the Holmes-Rahe test. Family functionality was assessed with the Adaptability and Family Cohesion Evaluation Scale III. The family typology was determined based on its conformation. We perform descriptive and inferential statistics. Odds ratio, Pearson's χ^2 and Mann-Whitney U with 95% confidence intervals ($p < 0.05$) were used for bivariate analysis. **Results:** the crisis frequency in patients with breast cancer was 89% (personal illness, changes in sleeping habits, diet and family conditions), dysfunctional families were present in 58% and the most frequent family typology was nuclear (63%). **Conclusion:** a high percentage of patients with breast cancer have family crises, which were generated during the disease process.

Keywords: Breast Cancer; Family; Crisis; Family Conflict

Introducción

La confrontación del cáncer en la vida familiar provoca episodios repetitivos de dolor, frustración, ajuste y readaptación. Esta situación genera incertidumbres en el núcleo familiar y la necesidad de desarrollar habilidades para resolverlas. Sumado a lo anterior, la familia se encuentra en un punto vulnerable a procesos de crisis, pérdida de control y cambios inesperados.¹ La enfermedad puede llevar incluso al riesgo de una desintegración familiar en que estarán

involucrados los procesos de recuperación, crecimiento y adaptación de cada uno de los integrantes. Durante todo el proceso hay cambios no sólo funcionales, sino de orden estructural que pueden tener efectos profundos en la vida de la familia.²

La familia que enfrenta un diagnóstico de cáncer presenta comportamientos de miedo asociados al pronóstico de la enfermedad, que en ocasiones es mortal. Así, los familiares, en la mayoría de los casos, presentan reacciones ineficaces que afectan el equilibrio y la dinámica familiar.³ Padecer cáncer de mama (CaMa) supone una serie de cambios y situaciones estresantes en distintos ámbitos de la vida de la persona, por las necesarias adaptaciones del estilo de vida individual y familiar, principalmente influenciado por el temor a la muerte y a los tratamientos médicos a los que se enfrentan.⁴

Las crisis familiares en pacientes con CaMa se desarrollan en tres fases: la primera es desorganización, debido al impacto que produce el diagnóstico y pronóstico de la enfermedad. La segunda, es recuperación-adaptación, la familia inicia su adaptación en aspectos concretos y se transforma en un elemento más amplio de apoyo. La tercera es la reorganización, en la que se inicia el nuevo equilibrio en función de la situación de la enfermedad y sus consecuencias. Esta reorganización será más compleja en el caso de las enfermedades en fase terminal. El equilibrio se encontrará en el respeto de las necesidades del enfermo y de cada miembro de la familia.⁵

No sólo la persona afectada percibe el impacto, también la pareja y los hijos, quienes están expuestos a un cambio sustancial y experimentan emociones heterogéneas.⁶ Durante el transcurso

de la enfermedad, y en su afán de conservación, la familia necesitará utilizar herramientas que adquirió durante su ciclo vital o deberá desarrollarlas. En ese sentido, la etapa del ciclo vital, la estructura familiar y la funcionalidad previa al diagnóstico juegan un papel determinante para la preservación de la familia en situaciones de estrés y crisis.⁷

Ante una enfermedad como el cáncer, asociada a sufrimiento y muerte, la paciente se encuentra en una situación de máxima vulnerabilidad, en la que el apoyo de su familia constituye una fuente de fortaleza para la adaptación a su nueva situación de salud.⁸ La familia es la principal fuente de apoyo social,⁹ por tal motivo, la evaluación y fortalecimiento al interior del núcleo familiar permite afrontar de forma más efectiva su enfermedad.⁷ De acuerdo con lo anterior, el objetivo principal de nuestra investigación fue describir las crisis, funcionalidad y tipología familiar en pacientes con cáncer de mama.

Métodos

Estudio transversal analítico realizado en la ciudad de Los Mochis, México, entre agosto y diciembre de 2021. La investigación se desarrolló en la Unidad de Medicina Familiar número 37 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS); unidad de primer nivel de atención y principal centro de atención a la salud en el norte de Sinaloa. Se incluyeron pacientes entre 20 y 60 años, con diagnóstico confirmado de CaMa en los seis meses previos al estudio y que aceptaron participar mediante consentimiento informado. Las pacientes fueron captadas en la consulta externa de medicina familiar y ginecología oncológica. La recolección de variables se hizo con una hoja de datos estandarizada; las

variables a estudiar fueron las siguientes: edad, la cual se recabó directamente de las pacientes y su carnet de atención médica; ocupación, la cual se clasificó en empleada o ama de casa; estado civil, se agrupó en pacientes con y sin pareja; la tipología familiar se clasificó de acuerdo con su conformación según el Consejo Mexicano para la Certificación en Medicina Familiar.

Para medir las crisis familiares se utilizó la escala de Holmes-Rahe, que se compone de una lista de 43 eventos llamados Unidades de Cambio Vital (UCV), a los cuales se les asigna una calificación diferente según el grado de estrés. Para responder este cuestionario, el sujeto selecciona aquellos UCV que se han presentado en su vida en los últimos seis meses, después de responder la escala se realiza una suma de los valores. Los resultados se interpretan de la siguiente forma: 0 a 149, no hay problemas importantes; 150 a 199, crisis leve; 200 a 299, crisis moderada; y 300 o más, crisis severa.¹⁰

La funcionalidad familiar se evaluó por medio de la Escala de evaluación de adaptabilidad y cohesión familiar III (FACES III, por sus siglas en inglés), este instrumento evalúa la adaptabilidad, cohesión y comunicación en cada miembro de la familia mayor de diez años mediante un cuestionario tipo Likert de 20 ítems que se califican del uno al cinco, el parámetro es que uno significa “nunca”, y cinco corresponde a “siempre”. Una vez completado el cuestionario, se suman los ítems para obtener la medición de cohesión y los pares, para adaptabilidad. El resultado de este instrumento clasifica a las familias en 16 tipos, los cuales resultan de la interacción entre la adaptabilidad y cohesión en una tabla de 4x4. Las familias situadas en la región

central se consideran funcionales, el resto de las posiciones son disfuncionales, con mayor afectación en los extremos.¹¹

Para el análisis estadístico, utilizamos frecuencias y porcentajes en las variables cualitativas; para variables cuantitativas usamos mediana y rango intercuartil (RIC). La población se agrupó según la presencia de crisis, por lo anterior, calculamos el riesgo a través de la razón de momios y utilizamos la χ^2 de Pearson para determinar las diferencias entre las variables dicotómicas asociadas a la presencia de crisis familiares. Para el mismo fin, en las variables cuantitativas utilizamos la U de Mann-Whitney. Los resultados se evaluaron en un intervalo de confianza de 95%, se consideró una $p < 0.05$ como significativa. Para el análisis de datos, se utilizó el programa SPSS v. 25. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación (25068) y por

el Comité Local de Investigación en Salud (2506); con número de registro R-2021-2506-049. La investigación fue realizada bajo los principios bioéticos, la Ley General de Salud en Materia de Investigación en Salud y la declaración de Helsinki. Todas las participantes firmaron el consentimiento informado.

Resultados

Se aplicaron 250 entrevistas a pacientes con CaMa. Las características basales de la población se especifican en la tabla 1.

Las participantes tenían 48 años (RIC 13) como mediana de edad. En las crisis familiares, encontramos que casi la mitad de nuestra población enfrentaba una crisis moderada (48%) y 28 pacientes no padecían crisis. De acuerdo con la escala de Holmes-Rahe, los eventos críticos más importantes fueron la enfermedad personal, cambios en los

Tabla 1. Características basales de las participantes

Característica (n=250)	n (%)	IC 95%
Edad - años	48 (13) ^a	--
Ocupación		
Trabajadora	134 (54)	47-60
Ama de casa	116 (46)	39-52
Tipología familiar ^b		
Nuclear	157 (63)	57-68
Seminuclear	92 (36)	30-41
Compuesta	1 (1)	-3
Funcionalidad familiar ^c		
Funcional	104 (42)	35-48
Disfuncional	146 (58)	51-64
Crisis familiares ^d		
Sin crisis	28 (11)	jul-14
Crisis leve	50 (20)	15-24
Crisis moderada	120 (48)	41-54
Crisis severa	52 (21)	15-26

a= mediana (rango intercuartil), b= tipología según conformación, c= FACES III, d= test de Holmes-Rahe, n= frecuencia, %= porcentaje, IC 95%= intervalo de confianza

Tabla 2. Eventos críticos más frecuentes

Evento crítico (n=250)	n (%)	IC 95%
Lesión o enfermedad personal	250 (100)	---
Cambios en hábitos de sueño	204 (81)	76-85
Cambios en hábitos alimentarios	129 (52)	45-58
Cambios en condiciones de vida	109 (44)	37-50
Préstamo bancario	105 (42)	35-48
Cambios en la salud de un familiar	100 (40)	33-46
Hijo que abandona el hogar	87 (35)	29-40
Problemas sexuales	64 (26)	20-31
Disminución de reuniones familiares	60 (24)	18-29
Aumento de discusiones con la pareja	54 (22)	16-27

n= frecuencia, %= porcentaje, IC 95%= intervalo de confianza

Tabla 3. Interacción entre adaptabilidad y cohesión de la población

		Cohesión			
		No relacionada	Semirelacionada	Relacionada	Aglutinada
Adaptabilidad	Caótica	17%	5%	1%	--
	Flexible	20%	25%	1%	--
	Estructurada	12%	15%	1%	--
	Rígida	1%	1%	1%	--

Verde= familias balanceadas (funcionales), amarillo= familias medias (moderadamente disfuncionales), rojo= familias extremas (disfuncionales), %= porcentaje.

Tabla 4. Características asociadas con crisis familiares

Característica	Crisis familiar		RM (IC 95%)	p
	Sí (n=222)	No (n=28)		
Edad ^a	49 (11)	43 (11)	--	0.002 ^b
Ocupación ^c				
Ama de casa	110 (49)	6 (21)	3.6 (1.4-9.2)	0.005 ^d
Trabajadora	112 (51)	22 (79)		
Funcionalidad familiar ^c				
Familia disfuncional	136 (61)	10 (36)	2.8 (1.2-6.4)	0.01 ^d
Familia funcional	86 (39)	18 (64)		
Tipología familiar ^c				
Familia no nuclear	92 (42)	1 (3)	20.1 (2.6-151)	<0.001 ^d
Familia nuclear	130 (58)	27 (97)		

RM= razón de momios, a= mediana (rango intercuartil), b= U de Mann-Whitney, c= frecuencia (porcentaje), d= χ^2 de Pearson, IC 95%= intervalo de confianza

hábitos del sueño, cambios en hábitos alimenticios y cambios en las condiciones de vida. La tabla 2 muestra los diez eventos críticos más frecuentes en nuestra población.

En cuanto a la funcionalidad familiar, el tipo de familia más frecuente fue flexible-semirelacionada (25%). Las familias balanceadas representaron 42% de la población. En la tabla 3 se muestra el cruce de los componentes del FACES III.

En el análisis bivariado observamos que la ocupación (ama de casa), funcionalidad familiar (disfunción), tipología familiar (no nuclear) y la edad son factores de riesgo para desarrollar crisis familiares. El análisis completo de las variables se muestra en la tabla 4.

Discusión

Al recibir el diagnóstico de cáncer de mama, la paciente y su entorno se ven alterados y se presentan consecuencias familiares adversas. En un metaanálisis de estudios se encontró que las principales alteraciones en estas pacientes fueron: ansiedad, alteraciones en imagen corporal, estrategias de afrontamiento, depresión, fatiga, calidad de vida y disfunción sexual.¹² Todo lo anterior se traduce en crisis personales y familiares, el hallazgo más importante de nuestra investigación fue la alta frecuencia de crisis familiares, sobre todo aquellas de grado moderado (48%). Casi dos tercios de pacientes contaban con familia nuclear, lo que proporciona una estructura adecuada para enfrentar el proceso salud-enfermedad,¹³ sin embargo, existía disfunción en más de la mitad de las familias, lo cual tiene un impacto importante; la combinación de estos factores familiares y la propia enfermedad podrían explicar la alta frecuencia de crisis encontradas en estas pacientes (89%).

Nosotros evaluamos la crisis familiar a través de la Escala de Reajuste Social de Holmes-Rahe,¹⁰ encontrando un alto porcentaje de eventos de crisis (89%). Existen pocos estudios en los cuales hayan evaluado estos elementos en este grupo poblacional de forma prospectiva; en un estudio retrospectivo, llevado a cabo en Finlandia, se evaluaron 87 pacientes con CaMa y controles pareados por edad, sexo, lenguaje y número de hijos, y se encontraron diferencias significativas, con mayor puntaje en las pacientes con CaMa en comparación con sus controles y cinco veces más riesgo de desarrollo de la neoplasia en quienes presentaban pérdidas emocionales importantes.¹⁴

La mayor prevalencia de CaMa se encuentra por arriba de los 40 años,¹⁵ ese resultado concuerda con nuestro estudio, en el que la mediana de edad fue de 48 años. Se trata de población joven y económicamente activa, lo cual atraviesa la barrera de lo individual y familiar e impacta en el ámbito social y en el abandono de actividades laborales.⁷ Este último aspecto se pudo observar en nuestra población, ya que más de la mitad eran trabajadoras activas, ese dato es relevante y con él podemos confirmar que en esta población hay un cambio en el desarrollo de la familia, pasando del modelo tradicional (madre no trabaja) al moderno (ambos padres trabajan).

Se ha reportado que cuando se padece de cáncer, los familiares cercanos al paciente se ven en la necesidad mantenerse estables y demuestran al paciente la importancia del sentido de la vida ofreciendo apoyo emocional, por ello se convierten en parte integral en la trayectoria de la enfermedad.^{16,17} La pareja ha asumido un papel protagónico en el tratamiento del cáncer, Wang y cols.¹⁸ concluyen que el estado civil puede

influir en el pronóstico de las personas con cáncer, aumentando la probabilidad de supervivencia en virtud de que los pacientes con pareja tienen mayor acceso al apoyo social y psicológico, disminuyendo su angustia, ansiedad y estrés.

En nuestro estudio, observamos la presencia de pareja en casi dos tercios de la población, lo cual podría traducirse en mayor apoyo, soporte y seguridad para la paciente; la ausencia de pareja fue el factor de riesgo más importante asociado a las crisis, ya que una familia no nuclear, en el contexto de CaMa, tiene veinte veces más riesgo para desarrollarlas. Las parejas experimentan diversas alteraciones en la relación cuando uno de los miembros padece cáncer. En ocasiones, enfrentar tal problema unidos puede fortalecer la relación.¹⁹ En la mayoría de los casos, la relación se deteriora tanto que ocasiona la separación, afectando la estructura y dinámica global de la familia.² Nuestros resultados indican que los problemas de pareja ya se encuentran presentes desde etapas iniciales de la enfermedad, sobre todo problemas sexuales (26%), disminución de las reuniones familiares (24%) y aumento de las discusiones (22%). En ese sentido, valorar también a la pareja de nuestras participantes habría aportado valiosa información sobre el subsistema conyugal.

En cuanto a la disfunción familiar, nuestros resultados son distintos a lo encontrado por Acosta-Zapata y cols.,⁷ quienes reportan que sólo 13% de las pacientes con CaMa tenían alteraciones en la funcionalidad familiar, un resultado muy inferior al nuestro (58%). Por otro lado, encontramos concordancia en la ocupación de las pacientes, ya que la mitad de su población era ama de casa, una cifra muy cercana a nuestros resultados (46%). Los resultados anteriores

pueden explicarse por las diferencias en las poblaciones y en los distintos tamaños de la muestra.

El funcionamiento familiar actúa como factor protector ante cualquier enfermedad.^{20,21} La flexibilidad, adaptación al cambio, cohesión y comunicación se asocian con una mayor calidad de vida y se traducen en mejores herramientas para superar la crisis.⁹ Las afirmaciones anteriores concuerdan con los hallazgos de nuestro estudio, ya que la disfunción familiar (RM 2.8) y tipología familiar (RM 20.1) fueron factores asociados al desarrollo de crisis. En ese sentido, pudimos observar que existen eventos críticos que alteran toda la estructura y funcionamiento familiar, como los cambios en las condiciones de vida (44%), préstamos bancarios (42%) e hijos que abandonan el hogar (35%).

El rol de las mujeres y sus actividades cotidianas cambian profundamente tras el diagnóstico de cáncer,²² nuestros resultados son consistentes con estas observaciones, el papel de las pacientes debió modificarse, ya que un poco más de la mitad eran trabajadoras activas al momento del diagnóstico, lo cual requirió ajustes en sus actividades laborales para el tratamiento, disminuyendo con ello su ingreso económico y desempeño laboral.

Ser ama de casa representó 3.6 veces más probabilidad de padecer crisis familiares. La posible explicación a este resultado radica en los cambios de roles de las pacientes que se dedican al hogar, sobre todo en aquellas que son el principal soporte de la familia para sus actividades diarias relacionadas con el quehacer doméstico (cocinar, lavar, limpiar).

Otro hallazgo importante de la investigación fue la alta frecuencia de eventos críticos familiares. Nuestros resultados coinciden con Pérez-Cárdenas

y cols.,²³ quienes reportan que el evento crítico más frecuente en familias de pacientes con cáncer fue una enfermedad reciente grave, seguido de empeoramiento económico, además, refiere que el impacto familiar del cáncer más frecuente fue leve-moderado, lo cual también coincide con la alta frecuencia de crisis leve-moderadas (68%) detectadas en este estudio.

Dentro de las fortalezas del estudio podemos destacar que, hasta donde es de nuestro conocimiento, este es el primer estudio de su tipo en Sinaloa y en el noroeste de México, por lo que representa un punto de partida importante en la atención del CaMa, esto permite valorar este problema y promover un protocolo de atención que incluya la referencia a medicina familiar, trabajo social y psicología, para ofrecer alternativas de apoyo a las familias afectadas.

Dentro de las debilidades encontramos el diseño del estudio, al ser de tipo transversal no es posible establecer relaciones causales entre las variables. Explorar el efecto de otras variables (evaluación a otros miembros de la familia, tipo de CaMa, tipo de tratamiento, nivel socioeconómico y variables clínicas) habría enriquecido el estudio. El objetivo del estudio se centró en una visión general de la familia y la presencia de crisis en esta población vulnerable, lo cual permite tener una situación basal sobre el problema, para buscar alternativas de solución.

Conclusión

La frecuencia de crisis y la funcionalidad de las familias con un paciente con CaMa es alto, esto, a pesar de encontrarse con un mayor número de familias con tipología nuclear. Empezar a detectar estas crisis y establecer protocolos de acción ante ellas tendrá impacto en el desarrollo y desen-

lace de la enfermedad. El CaMa es una patología cuya influencia a nivel físico, psicológico, social y económico es de gran trascendencia, pues representa un evento vinculado a riesgo de crisis que afecta a las mujeres y a su entorno familiar y social.

Contribución de los autores

DHR-L, CV-I, PS-A: conceptualización, desarrollo y escritura; PS-A, FS-O: aplicación de encuestas y análisis de datos; DHR-L, JMM-S, JF-L: conceptualización, análisis y discusión de resultados y escritura. Todos los autores aprueban la publicación del presente escrito.

Financiamiento

La presente investigación no recibió financiamiento externo.

Conflictos de interés

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

Referencias

1. Aguilar-Cordero MJ, Neri-Sánchez M, Mur-Villar N, Gómez-Valverde E, Sánchez-López AM. Percepción de la imagen corporal de la mujer intervenida de cáncer de mama y residente en la ciudad de Granada. *Rev Esp Nutr Comunitaria*. 2014;20(1):2-6.
2. García-Castañeda JJ, Londoño-Buritica DP. Percepciones de las mujeres frente al proceso de padecer cáncer de mama. *Rev Investigaciones Andina*. 2020;22(40):303-325.
3. Mesquita-Melo E, Magalhaes da Silva R, De Almeida AM, Carvalho-Fernandez AF, Mota-Rego CD. Comportamiento de la familia frente al diagnóstico de cáncer de mama. *Enfermería Global*. 2007;6(1):1-10.
4. Hernández-Moreno F, Landero-Hernández R. Aspectos psicosociales relacionados con la calidad de vida en mujeres con cáncer de mama. *Summa Psicológica*. 2014;11(1):99-104.
5. Rocamora-Bonilla A. La familia del enfermo: lectura psicológica. *Labor hospitalaria*. 1999;21(211):16-28.
6. Fernández-Hawrylak M, Hernández-Maílo L, Martínez-García I. Comunicación intra-familiar y cáncer de mama. *Psicooncología*. 2018;15(1):103-118.
7. Acosta-Zapata E, López-Ramón C, Martínez-Cortés ME, Zapata-Vázquez R. Funcionalidad familiar

y estrategias de afrontamiento en pacientes con cáncer de mama. *Horiz Sanit*. 2017;16(2):139-148.

8. Ostinguin-Meléndez RM, Pérez-Zumano SE, Bernal-Becerril ML, Amador-Buenabad NG. Experiencia de mujeres con cáncer de mama en torno al apoyo familiar. *Enfermería Universitaria*. 2008;5(2):10-15.
9. Espinosa-Valdivieso MJ. Calidad de vida y cáncer de mama; factores protectores, evaluación y abordaje psicoterapéutico. 2021;10(2):212-229.
10. Holmes TH, Rahe RH. The social readjustment rating scale. *J Psychosom Res*. 1967;11(2):213-218.
11. Olson DH. Circumplex Model VII: Validation Studies and FACES III. *Fam Process*. 1986;25(3):337-351.
12. Refaei-Saeedi N, Aghamohammadian-Sharbat H, Asghari-Ebrahimabad MJ, Kareshki H. Psychological Consequences of Breast Cancer in Iran: A Meta-Analysis. *Iranian journal of public health*. 2019;48(5):816-24.
13. Azcárate-García E, Valle-Matildes U, Villaseñor-Hidalgo R, Gómez-Pérez AI. Apoyo social a mujeres con cáncer de mama en una unidad de medicina familiar de la Ciudad de México. *Aten Fam*. 2017;24(4):169-172.
14. Forsén A. Psychosocial stress as a risk for breast cancer. *Psychotherapy and psychosomatics*. 1991;55(2-4):176-85.
15. Segnan N, Minozzi S, Armaroli P, Cinquini M, Bellisario C, González-Lorenzo M, et al. Epidemiologic evidence of slow growing, nonprogressive or regressive breast cancer: a systematic review. *Int J Cancer*. 2016;139(3):554-573.
16. Garassini ME. Narrativas de familiares de pacientes con cáncer. *CES Psicología*. 2015;8(2):76-102.
17. Martínez-Rojas SM. Calidad de vida y apoyo social en mujeres con cáncer de mama. *Rev Cienc Ciudad*. 2018;15(1):34-47.
18. Wang H, Wang L, Kabirov I, Peng L, Chen G, Yang Y, et al. Impact of marital status on renal cancer patient survival. *Oncotarget*. 2017;8(41):70204-13.
19. Santiago-Silva DZ, Sánchez-Aragón R. La empatía y el apoyo de la pareja como factores protectores del estrés en pacientes con cáncer. *Psicol y Salud*. 2021;85-96.
20. Gallegos-Guajardo J, Ruvalcaba-Romero NA, Castillo-López J, Ayala-Dfiaz PC. Funcionamiento familiar y su relación con la exposición a la violencia en adolescentes mexicanos. *Acción Psicológica*. 2017;13(2):69-78.
21. Li Y, Wang K, Yin Y, Li Y, Li S. Relationships between family resilience, breast cancer survivors' individual resilience, and caregiver burden: A cross-sectional study. *Int J Nurs Stud*. 2018;88:79-84.
22. Juárez IR, Almanza-Muñoz JJ. Abordaje psicoterapéutico en pacientes con cáncer de mama. 2011;44(4):133-41.
23. Pérez-Cárdenas C. Repercusión familiar de un diagnóstico oncológico. *Psicol Am Lat*. 2005;3:12.