

TRABAJO DE GRADO

Experiencias en pareja donde uno de sus integrantes ha sido diagnosticado con cáncer de mama

Laura Sofía González Ñañez,

Valentina Kairuz Villamarín y Laura María Rodríguez Gaviria

Trabajo de Grado

Dirección trabajo de grado: Ana Marcela Uribe Figueroa

Evaluator trabajo de grado: Natalia Herrera Correa

Pontificia Universidad Javeriana Cali
Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales
Carrera de Psicología
Santiago de Cali, 18 de noviembre de 2025

Dedicatoria

Laura Sofía González

A mi mamá, gracias por entregarme siempre lo mejor de ti, por ser mi mayor fan y por creer en mí incluso cuando yo dudaba. Este logro es uno más de los muchos que quiero dedicarte. Te amo, mamá.

A mis abuelos y a mi tío, quienes han sido mi refugio y mi mayor fortaleza. Gracias por su amor, por su apoyo incondicional y por impulsarme a seguir adelante incluso en los momentos más difíciles de esta etapa. Ustedes son mi más grande inspiración.

A mi mejor amiga, con quien compartí no solo esta etapa, sino también un hogar. Gracias por aguantar mis frustraciones, mis momentos de locura y gracias por recordarme siempre que soy capaz.

A mi novio, por su paciencia, su compañía constante y por brindarme un amor que me sostiene e inspira.

A Valen y Lau, con quienes compartí no solo horas de investigación, sino también aprendizajes, frustraciones, madrugadas y, sobre todo, muchas risas. Gracias por ser un apoyo fundamental durante este proceso, por la responsabilidad compartida y por esa capacidad que tuvimos de mantenernos firmes incluso cuando parecía que no podíamos más. Nuestro trabajo es el resultado de un esfuerzo conjunto donde cada una puso lo mejor de sí, y me siento profundamente agradecida de haber recorrido esta etapa con ustedes, no pude haber escogido un grupo mejor.

Laura María Rodríguez

En primer lugar, agradezco a mis padres y a mi hermano, quienes han sido siempre mi sostén durante el recorrido de toda la carrera. Gracias por siempre darme ánimo y el empujón que necesitaba para seguir adelante y por ayudarme a cumplir este logro. Gracias por todo su apoyo, por escucharme en mis

momentos de estrés, brindarme calma, recordarme que siempre puedo un poquito más y por ser mi lugar seguro.

A mis abuelos maternos, quiero agradecerles infinitamente por todo su amor y apoyo. Gracias por ser un pilar fundamental en mi vida. Su amor, su apoyo y todo lo que han hecho por mi, han dejado una huella que llevaré siempre en el corazón. Son mi ejemplo y uno de los regalos más grandes que la vida me ha dado. Gracias por incentivar el valor del esfuerzo y la disciplina.

A Sergio, por su amor y paciencia en todo este proceso y por animarme en los momentos donde sentía que no tenía más energía para seguir, gracias por recordarme siempre de lo que soy capaz.

A mis amigas Lau y Pau, por su amistad incondicional desde el día 1 en este largo recorrido, gracias por ser tan genuinas, sinceras, leales y únicas, de las mejores cosas que pude tener de la carrera fueron ustedes. Sin duda alguna, una amistad que me llevo para toda mi vida.

Por último, quiero agradecer a Valen y a Lau, por vivir juntas este proceso, gracias por las largas noches conectadas, por todas las risas, historias, anécdotas y lindos momentos juntas. Este arduo proceso fue mucho más llevadero gracias a ustedes. Esto es el resultado de un esfuerzo enorme de parte de cada una de nosotras. Gracias por vivir conmigo este proceso.

Valentina Kairuz

A mi abuela que siempre me ha brindado su apoyo incondicional, porque no tengo una mejor admiradora que ella, la que cada logro que tengo lo celebra como si fuera el más grande, porque su amor y su dulzura siempre me motivan y porque su gran abrazo de oso siempre va a ser el mejor premio.

A mi perro, porque desde que llegó hace 14 años no me ha dejado sola y cada noche que pasaba en el comedor haciendo este trabajo, se acostaba en mis pies dándome calorcito y compañía, que fueron necesarios en los momentos donde sentía que no iba a poder más.

A Laurita y Laurette, porque hicieron de todo este proceso un proceso bonito, porque más que compañeras de trabajo de grado, se convirtieron en amigas con quienes vivimos un montón de preocupaciones, tensiones, pero también, risas, momentos hermosos y todo esto nos unió, se convirtieron en mis compañeras diarias, creo que pasaba más tiempo con ellas que con mi familia, pero la complicidad en las llamadas, donde ya no solo era trabajo sino contar historias, compartir chismes, hizo que todo se volviera mejor de sobrellevar, cada una complementaba a la otra y siento que no pude tener mejores compañeras y por eso les agradezco.

Por último, a mi mamá, que nada de esto sería posible sin ella, sin su amor, su ayuda, su guía, Claudia, la mejor mamá que existe en el mundo.

Agradecimientos

Queremos expresar nuestro profundo agradecimiento a todos los docentes del programa de Psicología de la PUJ Cali, quienes con su dedicación, conocimiento y compromiso han aportado de manera invaluable a nuestra formación profesional y personal. Cada clase, orientación y palabra de acompañamiento dejó una huella significativa en nuestro proceso. De manera especial, agradecemos a nuestra directora de trabajo de grado, Ana Marcela Uribe, por su paciencia, comprensión y apoyo constante. Gracias por ser una docente excepcional, por guiarnos con claridad, por creer en nuestro trabajo y por acompañarnos con tanta calidad humana en cada etapa del camino.

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	1
MÉTODO	16
Diseño	16
Participantes	17
Categoría de análisis	18
Instrumento	19
Análisis de datos	20
Procedimiento	21
Consideraciones éticas	22
RESULTADOS	23
DISCUSIÓN	41
REFERENCIAS	54

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Categorías de análisis y subcategorías	18
Tabla 2. Características sociodemográficas de los participantes	25

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Desarrollada por Andrea (Pareja 2, 2025)	24
Figura 2. Desarrollada por Lina (Pareja 5, 2025)	24
Figura 3. Seleccionada por Luis (Pareja, 5, Lina y Leonardo, 2025).	32
Figura 4. Seleccionada por Andrea (Pareja 2, 2025)	33
Figura 5. Seleccionada por Diego (Pareja 2, 2025)	33
Figura 6. Seleccionada por Nelly (Pareja 4, 2025).	37

LISTA DE ANEXOS

Anexo A. Consentimiento informado	1
Anexo B. Protocolo de atención en crisis	3
Anexo C. Instrumentos de recolección de información	6
Anexo D. Aval ético.....	15

RESUMEN

El cáncer de mama genera transformaciones significativas en la vida emocional, relacional y cotidiana de quienes lo enfrentan, así como en la de sus parejas. Este estudio tuvo como objetivo comprender la experiencia de parejas de la ciudad de Cali donde uno de sus integrantes ha sido diagnosticado con cáncer de mama, explorando sus interpretaciones, reacciones emocionales y estrategias de afrontamiento compartidas. Se empleó un estudio cualitativo con análisis de contenido. Participaron seis parejas que cumplieran criterios de convivencia mínima, continuidad de la relación y al menos seis meses de remisión. La información se recogió mediante entrevista semiestructurada, foto-elicitación y línea del tiempo, y se analizó mediante análisis de contenido apoyado en ATLAS.ti.

Los hallazgos muestran que las interpretaciones iniciales se relacionan con asociaciones populares del cáncer con la muerte, las cuales se transforman progresivamente hacia la aceptación a medida que avanza el tratamiento. En las reacciones emocionales emergen el miedo, la incertidumbre, frustración y cambios fisiológicos que afectan la identidad corporal y la intimidad. Las estrategias de afrontamiento se centraron en la comunicación a través de acciones, la adaptabilidad en los roles, el humor, la visión compartida del proceso y una fuerte presencia de la religiosidad como recurso emergente.

Se concluye que el cáncer se vive como una experiencia profundamente diádica, que redefine los vínculos, promueve el autocuidado y transforma la forma en que las parejas habitan su cotidianidad. Los hallazgos aportan elementos para futuras intervenciones en psicooncología orientadas a fortalecer recursos relacionales en contextos de enfermedad.

Palabras clave: Cáncer, resiliencia, enfermedad, matrimonio, salud mental.

UNESCO

ABSTRACT

Breast cancer generates significant emotional, relational, and everyday transformations in those who face it, as well as in their partners. This study aimed to understand the experience of couples in the city of Cali in which one partner has been diagnosed with breast cancer, exploring their interpretations, emotional reactions, and shared coping strategies. A qualitative approach with a phenomenological design was used. Six couples participated, meeting criteria of minimum cohabitation, continuity of the relationship, and at least six months of remission. Data were collected through a semi-structured interview, photo-elicitation, and a timeline technique, and analyzed through content analysis supported by ATLAS.ti.

Findings show that initial interpretations were closely tied to common associations between cancer and death, which gradually shifted toward acceptance as treatment progressed. Emotional reactions included fear, uncertainty, frustration, and physiological changes that affected body identity and intimacy. Coping strategies centered on communication through actions, role adaptability, humor, a shared understanding of the process, and a strong presence of religiosity as an emergent resource. It is concluded that cancer is experienced as a deeply dyadic process that redefines bonds, promotes self-care, and transforms the way couples inhabit their daily lives. These findings provide valuable insights for future psycho-oncological interventions aimed at strengthening relational resources in the context of illness.

Key words: Cancer, resilience, illness, marriage, mental health.

UNESCO

INTRODUCCIÓN

El cáncer es una enfermedad que se distingue por el crecimiento anormal y descontrolado de células, lo que da lugar a la formación de un tumor maligno en un tejido u órgano específico. Estos tumores se caracterizan por su capacidad de invadir y destruir tanto los tejidos y órganos cercanos como aquellos que están lejos del lugar donde se originaron (Instituto Nacional de Cancerología, 2013). De acuerdo con la OMS (2022), el cáncer representa una de las principales causas de muerte a nivel mundial y fue la causa de casi 10 millones de muertes en 2020, estimándose que una de cada seis muertes presentadas fue debido a esta enfermedad. Asimismo, a nivel mundial los cánceres más comunes en el 2020 fueron: cáncer de mama (2,26 millones de casos); pulmón (2,21 millones de casos); colon y recto (1,93 millones de casos) y próstata (1,41 millones de casos). Del mismo modo, las causas de muerte por cáncer en este mismo año fueron: cáncer de pulmón (1,80 millones de muertes); colon y recto (916,000 muertes); hígado (830,000 muertes), estómago (769,000 muertes) y mama (685,000 muertes).

En enero de 2022, se estimó que había 18,1 millones de sobrevivientes de cáncer en los Estados Unidos, cifra que podría aumentar a 22,5 millones en 2032. Asimismo, en 2020, el gasto nacional en atención del cáncer fue de \$208,9 mil millones, y se prevé que estos costos aumenten debido al envejecimiento de la población, el crecimiento en el número de casos y la adopción de tratamientos más costosos como estándar de atención (Instituto Nacional del Cáncer, 2024). La tasa de incidencia del cáncer es de 440,5 por cada 100,000 hombres y mujeres por año, mientras que la tasa de mortalidad es de 146,0 por cada 100,000 personas. La mortalidad por cáncer es mayor en los hombres (173,2 por 100,000) que en las mujeres (126,4 por 100,000), y al analizar los datos según raza y sexo, los hombres negros no hispanos presentan la tasa de mortalidad más

alta (208,3 por 100,000), mientras que las mujeres asiáticas o isleñas del Pacífico no hispanas tienen la más baja (82,6 por 100,000).

El cáncer de mama constituye la neoplasia más frecuente a nivel mundial. Según GLOBOCAN (2022, citado en Cuenta de Alto Costo, 2024), este tipo de cáncer representa aproximadamente el 13 % de los casos prevalentes y se posiciona como la principal causa de mortalidad en mujeres. A nivel global, se registraron 2.296.840 nuevos diagnósticos, de los cuales el 9,6 % correspondió a los países de América Latina y el Caribe. En el contexto suramericano, los países con mayor número de casos reportados fueron Brasil (42,4 %), México (14,3 %) y Argentina (11,0 %).

En cuanto a la situación nacional, dentro del marco del aseguramiento en salud de Colombia, la Cuenta de Alto Costo (CAC) reportó hasta el 1.º de enero de 2024 un total de 140.096 casos de cáncer de mama en mujeres. Durante el periodo comprendido entre el 2 de enero de 2023 y el 1.º de enero de 2024, se diagnosticaron 9.615 casos nuevos, consolidándose como la neoplasia más frecuente entre los once tipos de cáncer priorizados en el país (Cuenta de Alto Costo, 2024).

Teniendo en cuenta lo anterior, de acuerdo con la Secretaría de Salud de Santiago de Cali (2023), se evidenció que en el 2021 el cáncer de mama presentó una tasa de mortalidad de 18,99 por 100.000 habitantes en la ciudad, una cifra muy cercana a la del Valle del Cauca (18,5) y superior a la media nacional (17,2%). Según las cifras del Sistema de Vigilancia Epidemiológica (como se citó en la Secretaría de Salud de Santiago de Cali, 2023) en 2022 se notificaron 1.224 casos de cáncer de mama. Santiago de Cali es un referente para diagnóstico y tratamiento oncológico, lo hace receptor de casos de otros departamentos (4,3%) y municipios (24,3%), lo que deja un total de 874 casos correspondientes netamente a habitantes de la ciudad. Por ejemplo, según la Secretaría, en 2022 se notificaron 487 casos de cáncer de cérvix, de los cuales 359 de

ellos correspondían a pacientes de la ciudad, excluyendo los casos de otros departamentos y municipios.

Además de las crecientes cifras de cáncer, se ha identificado que estas causan grandes desajustes psicológicos y emocionales debido a su naturaleza crónica, la incertidumbre que trae consigo respecto al pronóstico, los efectos secundarios de los tratamientos y las representaciones sociales de la enfermedad. Estos factores afectan no solo al paciente, sino también a su entorno familiar (Zambrano y Vega, 2022).

Adicionalmente, según Escalante, Montoya y Arias (2022), el tratamiento del cáncer genera en los pacientes una serie de síntomas que requieren control, lo que implica la asistencia y el apoyo de cuidadores, quienes, en la mayoría de los casos, son familiares cercanos. Además, la enfermedad no solo afecta al paciente, sino que también impacta directamente la calidad de vida de quienes lo cuidan. Asumir este rol implica una transición significativa, ya que los cuidadores deben enfrentarse a tareas para las cuales no siempre están preparados, como brindar asistencia en actividades diarias, monitorear y manejar síntomas, administrar medicamentos y coordinar el cuidado del paciente, todo ello mientras cumple con otras responsabilidades personales y laborales.

Por ende, según Herreras, E. B. (2024), en muchas ocasiones los cuidadores principales son los cónyuges de los pacientes. Estos cuidadores se ven afectados por los efectos del tratamiento, enfrentando no solo el desgaste físico que implica el cuidado, sino también una carga emocional considerable. El proceso oncológico puede provocar cambios profundos en la dinámica de pareja, donde el cuidador, a menudo sin preparación previa, debe asumir nuevas responsabilidades, lo que genera estrés, ansiedad y un agotamiento emocional constante para la persona.

De esta forma, según Fugmann et al. (2022) el apoyo social es un factor clave para el bienestar del paciente, sin embargo, la enfermedad también impacta a la pareja, generando angustia que podría afectar la relación que conlleva incluso a la separación. El divorcio es un fenómeno global con variaciones entre países y puede tener efectos negativos en la salud. De acuerdo con esta investigación, en la mayoría de los casos un diagnóstico de cáncer está asociado con una leve disminución en la tasa de divorcios, esto debido a que los pacientes refieren tener apoyo social y emocional de sus relaciones cercanas. Sin embargo, esta disminución puede cambiar dependiendo del tipo de cáncer que se padezca, los hallazgos indican que en los casos de cáncer de cuello uterino se presenta un aumento en la tasa de divorcios, pues tiene una influencia más directa en la estabilidad de la relación.

Siendo así, resulta fundamental reconocer la relevancia que tiene la experiencia de pareja cuando uno de sus integrantes es diagnosticado con cáncer de mama. Esta experiencia no solo impacta la dinámica relacional, sino que también influye en el bienestar emocional de ambos. Estudiar en profundidad estos procesos permite identificar los desafíos, cambios y necesidades que surgen dentro de la relación, lo que puede contribuir al desarrollo de estrategias de apoyo más efectivas. Múltiples estudios se han enfocado en diferentes aspectos como el apoyo emocional, la experiencia, la calidad de vida, el rol del cuidador y el impacto emocional debido a la enfermedad por lo que se presentan los hallazgos empíricos relacionados con la experiencia de cáncer en pareja.

Wei et al. (2024), Chen et al. (2023), Liao et al. (2023), Mumuni, O'Donnell y Doody (2024) y Ștefănuț et al. (2023) hablan sobre las estrategias que las parejas implementan para afrontar el proceso del cáncer, logrando identificar diferentes patrones que van desde estrategias colaborativas hasta respuestas de carácter evitativo. Sin embargo, estas respuestas tienen una influencia en el bienestar emocional y la adaptación a la enfermedad.

Así mismo, Megia (2023) y Santiago y Sánchez (2021) profundizan en cómo la comunicación influye en la percepción de apoyo en parejas con cáncer de mama. Encontrándose que muchas parejas adoptan una comunicación pasiva, lo que puede limitar la expresión emocional y puede generar distancia emocional entre los miembros de la relación. Además de la comunicación, Santiago y Sánchez (2021) y Díaz-Heredia et al. (2024) sugieren que el apoyo mutuo y la empatía mejoran la adaptación emocional y reducen el estrés. Ambos estudios concluyen que la comunicación efectiva fortalece el vínculo y facilita el afrontamiento conjunto.

Del mismo modo, Lyons et al. (2022) hallaron que los desafíos más significativos son el impacto emocional por la enfermedad, la carga que asume el cuidador, los cambios en la intimidad y la falta de apoyo para la pareja. No obstante, se pudo evidenciar que las parejas que fortalecen su comunicación y trabajan en equipo tienden a enfrentar mejor la enfermedad. Respecto a esto, Wang et al. (2024) hallaron que las parejas que participan activamente en el proceso de enfermedad desarrollan estrategias más efectivas para manejar la incertidumbre y disminuir los niveles de ansiedad que esto puede provocar. En la misma línea de investigación, Wei et al. (2024) encontraron que aquellas parejas que mantienen una comunicación abierta y un apoyo mutuo elevado presentan estrategias efectivas.

Por su parte, Chen et al, (2023) y Krok, Telka, & Morón, (2023) encontraron que aquellas parejas que, por el contrario, tienen dificultades en la comunicación tienden a presentar mayores niveles de ansiedad y depresión. En la misma línea, Ștefănuț et al. (2023), indican que las parejas enfrentan desde el momento del diagnóstico cambios en su intimidad y distribución de roles que de no contar con las estrategias efectivas como una comunicación abierta aumentan los niveles de estas emociones. Esta idea se ve corroborada por Leo et al. (2024), quienes en el análisis sobre cómo los patrones de comunicación afectan la intimidad en parejas que enfrentan el cáncer,

identificaron que los cónyuges con menor intimidad y comunicación mostraron patrones de interacción que pueden fragmentar la conexión emocional y generar mayor estrés. Lo anterior, se evidencia en los hallazgos de Yue et al. (2025) quienes encontraron que, en China, los pacientes con carcinoma hepatocelular y sus parejas perciben el cáncer como una “sentencia de muerte” y mientras los cónyuges adoptan estrategias proactivas en búsqueda de tratamientos, los pacientes suelen ser pasivos frente a la enfermedad y contemplan la renuncia al tratamiento. Otras investigaciones que también centran sus estudios en el afrontamiento y las estrategias utilizadas son Hernández et al. (2024) y Duan et al. (2025) en México y China, respectivamente, quienes destacan la importancia de la funcionalidad conyugal y el afrontamiento diádico en la adaptación del paciente y su pareja al cáncer. Ambos estudios concluyen que las parejas con una relación funcional y estrategias de afrontamiento conjunto experimentan mayor crecimiento postraumático y menor impacto negativo de la enfermedad.

Ahora bien, otro factor importante a la hora de afrontar la enfermedad de acuerdo con la literatura es la resiliencia psicológica, encontrándose que aquellos pacientes y cuidadores que muestran mayores niveles de este factor han logrado una mayor adaptación emocional a la enfermedad en línea con los estudios anteriores, resaltan que fortalecer la resiliencia mejora la estabilidad emocional y la calidad de vida de ambos miembros de la pareja. (Zhang et al., 2024 y Zhang et al., 2025).

Por otro lado, desde una perspectiva psicológica, Bar-Moshe-Lavi et al. (2024) y Zhang et al. (2025) investigaron la relación entre los rasgos de personalidad y el afrontamiento diádico en parejas con cáncer. Bar-Moshe-Lavi et al. (2024) encontró que el neuroticismo el cual es un rasgo de personalidad que describe la tendencia de una persona a experimentar emociones negativas intensas y frecuentes, como ansiedad, tristeza, irritabilidad y preocupación, mientras que la

flexibilidad psicológica y la estabilidad emocional contribuyen a reducir la angustia emocional y mejorar la adaptación. Al mismo tiempo, Cariola y Gillanders (2025) encontraron que la flexibilidad psicológica y la autoestima median el impacto del estrés del cáncer de próstata en la satisfacción de la relación, por lo tanto, la flexibilidad psicológica permite una mejor adaptación a los desafíos emocionales y físicos de la enfermedad.

Por otra parte, Liao et al (2023); Hirayama, Kuribara y Oshikiri (2023); Santiago y Sánchez (2021) identificaron que si los pacientes se consideran una carga para su pareja se presenta una disminución en la calidad del afrontamiento conjunto y un incremento en los niveles de ansiedad y depresión, afectando la estabilidad emocional y calidad de vida de la pareja. Por lo mismo se hace importante que la pareja muestre su compromiso, con el fin de generar una sensación de seguridad y bienestar con el objetivo de que los niveles de angustia emocional no incrementen y se generen dificultades en la adaptación, (Mumuni, O'Donnell y Doody, 2024). Por otro lado, no son sólo los cuidadores quienes deben mostrar su compromiso ante el paciente, pues Cruz y Sánchez (2021) encontraron que los pacientes oncológicos también pueden desempeñar un papel activo en el bienestar de sus parejas a través de la empatía y el amor compasivo. Así pues, se identificó que cuando el paciente expresa apoyo, comprensión y afecto hacia su pareja, esto puede contribuir a una mayor satisfacción amorosa y fortalecer la relación. Por su parte, Granillo y Sánchez (2021) registraron que la satisfacción marital de los pacientes oncológicos se relaciona negativamente con los eventos hirientes y positivamente con la calidez expresada por la pareja.

Asimismo, Pineda-Flores et al. (2023), presentan que los esposos jóvenes reportan menos ajuste diádico y menos apoyo de su pareja, pero mejor calidad de vida en comparación con los esposos mayores. Mientras tanto, en los esposos mayores, el ajuste diádico influye en más

dimensiones de su calidad de vida, es decir, este se hace visible en más aspectos de su bienestar, lo que sugiere que la relación conyugal tiene un papel más integral en su calidad de vida.

Por otro lado, Aragón, Hernández, y Flores (2021), realizaron una investigación acerca de la mutualidad en la pareja donde uno de sus miembros había sido diagnosticado con cáncer. Los predictores claves de la mutualidad se encuentran a nivel emocional y conductual. En cuanto a lo emocional, hace referencia a la satisfacción que se experimenta con el apoyo, el acompañamiento de la pareja y la disponibilidad emocional. Por otro lado, lo conductual hace alusión a aquellas acciones observables como la comunicación y manifestaciones afectivas durante la interacción. En este orden de ideas, en esta investigación se encontró que la mutualidad en parejas con cáncer actúa como un recurso clave para enfrentar la enfermedad de manera conjunta.

Además, un tema ampliamente discutido es el impacto del cáncer en la intimidad y la sexualidad de la pareja. Mestrinho, Da Motta Vilalva Mestrinho y De Oliveira (2024). y Díaz-Heredia et al. (2024) abordan este tema desde diferentes tipos de cáncer. Mestrinho, Da Motta Vilalva Mestrinho y De Oliveira (2024) exploran el fenómeno del "matrimonio sin sexo" en parejas con cáncer de próstata, evidenciando que la pérdida de intimidad afecta la autoestima del paciente y puede generar una crisis en la relación. En contraste, Díaz-Heredia et al. (2024) destacan que, aunque el cáncer de mama también impacta la sexualidad, muchas parejas logran mantener la intimidad a través de la comunicación y el apoyo mutuo. Ambos estudios coinciden en que la adaptación de la pareja es clave para preservar la conexión emocional, aunque el impacto en la relación depende del tipo de cáncer y las estrategias que la pareja adopte para enfrentarlo. No obstante, Rosdiana y Afiyanti (2022), hallaron que las parejas masculinas de mujeres con cáncer ginecológico experimentan una pérdida del deseo sexual y de la intimidad. Por ello, para adaptarse recurren a distracciones sexuales, actividades alternativas y asumen nuevos roles familiares.

Por último, Ihrig et al. (2022) y Zhang et al. (2024) centran sus estudios en las relaciones donde uno de sus integrantes se encuentra en una etapa de cáncer avanzada, enfatizando que los niveles de ansiedad pueden incrementarse en estos momentos para ambos miembros de la pareja debido a la toma de decisiones sobre el tratamiento, además de que estas etapas avanzadas requieren de un mayor cuidado para el paciente lo que puede traer agotamiento emocional y dificultades para gestionar con la incertidumbre del diagnóstico. Por esta razón es importante que aparte del apoyo mutuo, se de apoyo institucional y se reciba información clara por parte de los profesionales sobre el tratamiento, con el fin de disminuir la incertidumbre producida (Lehto, Aromaa y Tammela, 2023).

A partir de la literatura revisada se identificó una brecha de conocimiento considerable, ya que, aunque se evidencian estudios sobre estrategias que utilizan las parejas para superar la enfermedad, poco se evidencian estudios acerca de las interpretaciones que estas pueden tener sobre dicho proceso. Asimismo, no hay información clara sobre la etapa de cáncer en la que se encuentran los participantes, además de que se encontraron pocos estudios en donde el paciente ya se encuentre en estado de remisión.

Adicionalmente, a nivel nacional existen pocos estudios específicos sobre las interacciones entre los miembros de la pareja en este contexto cuando uno de sus miembros ha sido diagnosticado con cáncer. La mayoría de los estudios revisados provienen de Asia, Europa y Norteamérica, y suelen centrarse más en las dinámicas familiares generales o en las experiencias individuales, dejando de lado las interacciones propias de la relación de pareja ante el diagnóstico de cáncer. Esto debe ser profundizado, pues el impacto de la enfermedad genera cambios profundos en los roles, la comunicación y el apoyo mutuo entre los integrantes de la pareja, aspectos que afectan directamente su adaptación emocional, calidad de vida y también la comprensión de las estrategias

usadas que les favorecieron. Por ello, resulta fundamental realizar estudios cualitativos que exploren a fondo las experiencias subjetivas de ambos miembros de la pareja, permitiendo capturar desde la subjetividad la experiencia de cáncer en pareja a lo largo del proceso. Los resultados de dichas investigaciones fueron un insumo clave para desarrollar intervenciones específicas de forma integral en las parejas reconociendo las estrategias que se desarrollaron para una mayor reflexión de esta experiencia y qué habilidades se podrían potencializar en otras parejas que estén viviendo experiencias similares orientadas a fortalecer la resiliencia de los cónyuges y a crear estrategias de afrontamiento conjuntas que contribuyan a una mejor adaptación ante la enfermedad (Smith y Jones, 2021).

Con base a lo anterior se planteó entonces la pregunta: ¿Cómo es la experiencia en parejas de la ciudad de Cali donde uno de sus miembros ha sido diagnosticado con cáncer de mama? Se identificó que el área de la Psicología a la cual corresponde la presente investigación es Psicología de la Salud. De acuerdo con Bausela (2024) en el Manual de Psicooncología, esta rama es necesaria para el tema de esta investigación ya que, al ser una subdisciplina de la psicología de la salud, estudia el impacto psicológico, social, emocional y espiritual del cáncer tanto en los pacientes como en sus familiares. Este, por su parte, también reconoce el estrés, la ansiedad y la depresión que pueden surgir tanto en el paciente como en su pareja debido a los desafíos físicos y emocionales asociados al diagnóstico y tratamiento del cáncer. En ese sentido, tal como la psicooncología, esta investigación considera las dinámicas que se presentan en parejas donde uno de sus integrantes ha sido diagnosticado con cáncer.

En vista de lo planteado, el presente estudio tuvo como objetivo general comprender la experiencia en pareja donde uno de sus integrantes ha sido diagnosticado con cáncer de mama. Para lograrlo, se plantearon tres objetivos específicos. Primero, conocer las interpretaciones de

cada uno de los miembros de la pareja de la experiencia de cáncer de uno de ellos. Segundo describir las emociones que experimentaron cada uno de los miembros durante la experiencia de enfermedad. Tercero, identificar las estrategias que desarrollaron en pareja durante la experiencia de cáncer de uno de sus miembros.

A partir de ello, se presenta a continuación una aproximación conceptual sobre el cáncer en adultos, esta es una enfermedad que se caracteriza por el crecimiento descontrolado de células anormales en el cuerpo. Estas pueden agruparse y formar tumores, además de invadir tejidos cercanos y propagarse a otras partes del cuerpo a través del sistema sanguíneo o linfático. El cáncer puede originarse en casi cualquier parte del cuerpo y, de no ser tratado a tiempo, puede afectar el funcionamiento de órganos vitales. Existen muchos tipos de cáncer, y su desarrollo en adultos puede verse influenciado por factores como la edad, el estilo de vida, la genética y la exposición a sustancias cancerígenas (Instituto Nacional del Cáncer, s.f.).

De este modo, se hace relevante definir y caracterizar elementos teóricos que orientan la presente investigación. Para ello, se tuvieron en cuenta los siguientes conceptos: relación de pareja, experiencia, emoción, interpretación y habilidades. Según Cruz Santana (2017), la experiencia se entiende como un proceso dinámico que involucra la interacción entre cognición, emoción y voluntad, formando parte esencial de la manera en que los individuos y grupos comprenden y actúan en el mundo. En este sentido, la experiencia no es simplemente una acumulación de hechos o eventos, sino un fenómeno que se interpreta y resignifica continuamente en función de la estructura social y los contextos históricos en los que se desarrolla, por lo cual es relevante para comprender lo vivido por los participantes de la investigación.

En este sentido, las enfermedades crónicas pueden tener efectos devastadores en la pareja. Estas ponen seriamente a prueba las reglas de la relación de la pareja y sus límites (Rolland, 2000).

En este orden de ideas, Arthur Kleinman (1988), destaca la importancia de construir sistemas de significados o modelos explicativos que ayuden a las personas a afrontar y adaptarse a la enfermedad. Según Kleinman (1988), existen tres niveles de significado en relación con las afecciones físicas: dimensión biológica, simbólica y social de la enfermedad. Sin embargo, durante la presente investigación se tomarán como referencia únicamente las primeras dos dimensiones mencionadas.

Por un lado, el autor define la dimensión biológica de la enfermedad como la interpretación estrictamente médica y científica de esta. En este nivel, los profesionales de la salud se centran en identificar y tratar la afección desde una perspectiva biomédica, sin profundizar en la experiencia subjetiva del paciente. Hace referencia a los síntomas, la intensidad, la frecuencia, la localización del dolor, tratamientos previos, entre otros, con el objetivo de encontrar una causa física que lo explique. Por otra parte, la dimensión simbólica se refiere a la vivencia subjetiva del sufrimiento y los síntomas. Esta dimensión abarca la manera en que la persona afectada, junto con su familia y su entorno social, interpreta y responde a la enfermedad y la discapacidad. En este nivel, la enfermedad no se percibe sólo como un fenómeno biológico, sino como una realidad compleja que integra aspectos personales, familiares y culturales. Así, los distintos significados asociados a la enfermedad se entrelazan, creando un sistema de comprensión que puede ser coherente y que influye en la manera en que las personas afrontan su condición.

Relacionado con lo anterior, la interpretación alude a la dotación de sentido que le da el sujeto a su realidad. Al mismo tiempo, es un proceso en el que confluyen tanto las características del individuo como las del entorno. En este proceso, influyen los conocimientos previos y experiencias, así como las particularidades del medio y la situación en la que ocurre la experiencia (Guitart, 2009). De esta manera, Vygotsky (1934-1993) propone que el modo de interpretar

representa la base para el análisis, ya que expresa las características propias del organismo y las del contexto.

En cuanto a las relaciones de pareja, según Sternberg (1986), es la interacción entre dos personas en la que los tres componentes del amor “intimidad, pasión y compromiso” se combinan en distintos grados, dando lugar a diferentes tipos de amor y dinámicas relacionales. Dependiendo de la presencia y equilibrio de estos elementos, la relación puede caracterizarse como amor romántico (intimidad + pasión), amor de compañía (intimidad + compromiso) o amor consumado (intimidad + pasión + compromiso). La estabilidad y evolución de la relación dependen de la capacidad de ambos miembros para mantener este equilibrio y adaptarse a los cambios a lo largo del tiempo.

Con relación a la intimidad, esta hace referencia a aquellos sentimientos dentro de una relación que promueven el acercamiento, el vínculo y la conexión. La pasión por su lado se entiende como la expresión de deseos y necesidades como la autoestima, entrega, pertenencia, sumisión y satisfacción sexual. En las relaciones de pareja la pasión suele interactuar fuertemente con la intimidad y se alimentan entre sí. Por último, el compromiso consiste en un aspecto a corto plazo y uno a largo plazo; el primero responde a la decisión de amar a otra persona, mientras que la segunda habla sobre si se está dispuesto o no a acoplarse a algo o alguien y hacerse cargo de ello hasta el final (Sternberg, 1986).

Ahora bien, la teoría triangular del amor de Sternberg (1986) describe la intimidad, la pasión y el compromiso como componentes esenciales en las relaciones de pareja. Cuando uno de los miembros es diagnosticado con cáncer, estos elementos pueden verse profundamente afectados. De acuerdo con Heath et al. (2025), el diagnóstico de cáncer tiene secuelas perjudiciales en la calidad de vida de quienes lo padecen, siendo la intimidad una de las dimensiones que se ve

significativamente afectada tras este momento, ya que se puede alterar la autoimagen corporal, la función sexual y los patrones de comunicación emocional de los pacientes.

En el ámbito que concierne a las emociones, habitualmente se entiende por emoción una experiencia multidimensional con al menos tres sistemas de respuesta: cognitivo/subjetivo; conductual/expresivo y fisiológico/adaptativo. Este planteamiento coincide con el modelo tridimensional de la ansiedad propuesto por Lang (1968).

En adición a esto, Rosetti (2018) las describe como estados primarios como miedo, ira, alegría, tristeza, asco y sorpresa, y sirven como punto de partida para la aparición de sentimientos más complejos y estas se diferencian de los sentimientos al ser respuestas básicas y automáticas, propias de la herencia evolutiva, mientras que los sentimientos implican procesos cognitivos más avanzados que los vuelven conscientes y elaborados.

Según (Valoras, 2007) las habilidades socioafectivas se definen como la capacidad de los individuos para manejar y expresar emociones, establecer relaciones interpersonales positivas y tomar decisiones responsables. Estas incluyen la resolución pacífica de conflictos, la comunicación asertiva, la empatía y la gestión emocional, entre otras. El desarrollo de estas habilidades es fundamental para el bienestar personal y el éxito en diversos ámbitos de la vida, como el familiar, escolar y social, además de contribuir al desarrollo ético y ciudadano, mejorar el clima escolar y potenciar el aprendizaje académico.

Dentro de las subcategorías correspondientes a las estrategias se encontró en Rolland (2000), la adaptabilidad, la cohesión y los procesos de comunicación. El autor menciona que, en situaciones de enfermedad grave, la adaptabilidad de la pareja se pone a prueba, especialmente en la redefinición de roles, ya que el paciente suele asumir responsabilidades adicionales, lo que puede generar tensiones o fortalecer el vínculo emocional, dependiendo de la capacidad de adaptación

de ambos. Es decir que la pareja enfrenta cambios en sus dinámicas y que requieren encontrar un equilibrio entre las funciones asumidas y el apoyo mutuo. Además, la adaptabilidad dentro de la familia se estructura a partir de pautas organizativas que incluyen la flexibilidad. Esta permite ajustar las dinámicas familiares ante los desafíos internos y externos que surgen con la enfermedad, facilitando la reorganización necesaria para afrontar la nueva realidad. A su vez, la cohesión familiar juega un papel clave en la respuesta ante la enfermedad, ya que el equilibrio entre la cercanía y la autonomía de los miembros es esencial para la estabilidad del sistema familiar. En algunos casos, como en enfermedades crónicas o discapacidades, la necesidad de cohesión puede intensificarse y prolongarse, afectando el desarrollo normativo de la familia. Por último, los procesos de comunicación hacen referencia a las interacciones mediante las cuales se transmite información fáctica, opiniones o sentimientos, y se define el tono de la relación entre los participantes, incluyendo elementos verbales y no verbales. En el contexto familiar, especialmente frente a enfermedades graves o crónicas, una comunicación clara y directa es esencial para el manejo efectivo de la situación, ya que los mensajes no aclarados pueden tener consecuencias patológicas o provocar rupturas en las relaciones.

De acuerdo con lo anterior, la pregunta de investigación cobra relevancia a nivel teórico, metodológico y social. En primer lugar, a nivel teórico se evidenció la importancia de investigar acerca de las experiencias en parejas donde uno de sus integrantes padece cáncer, pues resulta necesario y pertinente debido al impacto profundo que esta enfermedad tiene en la vida emocional, social y psicológica tanto del paciente como de su pareja. Asimismo, se buscó explorar los cambios que el cáncer tiene en las reglas, roles, habilidades y límites ya establecidos, además de indagar cómo lidiaron con la incertidumbre y la amenaza de pérdida procesos que acompañan la vivencia de enfermedad (Rolland, 2000).

En segundo lugar, desde el enfoque metodológico, este estudio buscó aportar una perspectiva cualitativa, dado que la mayoría de las investigaciones previas han sido de carácter cuantitativo y se han realizado a nivel internacional, pero no en el contexto local. Además, muchas de estas investigaciones se centran únicamente en el paciente, dejando de lado el impacto en la pareja. En este sentido, este estudio pretendió comprender la experiencia de las parejas que han afrontado esta enfermedad, con el objetivo de generar información útil para futuras intervenciones orientadas a apoyar su proceso de adaptación y afrontamiento.

Por último, en cuanto al enfoque social, se reconoce la ley 2360 de 2024 (Congreso de Colombia, 2024) por medio de la cual se identifican como sujetos de especial protección constitucional a las personas con sospecha de cáncer o diagnosticadas con cáncer. Dentro de esta ley se abarcan las siguientes definiciones: control integral del cáncer entendido como el conjunto de acciones destinadas a disminuir la incidencia, morbilidad, mortalidad y mejorar la calidad de vida de los pacientes con cáncer; como sujetos de especial protección constitucional; cuidado paliativo; unidades funcionales que brindan atención multidisciplinaria; nuevas tecnologías en cáncer y sospecha de cáncer.

Por lo anterior, esta investigación buscó dar una mirada más completa al cáncer, entendiendo que no solo afecta a quien lo padece, sino también a su pareja, cuya experiencia no es abordada. Como se evidencia en Colombia, las políticas de salud se enfocan principalmente en el paciente, dejando de lado el impacto profundo que la enfermedad tiene en la relación. Sin embargo, como se evidencia en la literatura consultada, afrontar el cáncer en pareja significa lidiar con una carga emocional compartida, enfrentar cambios en la intimidad, reajustar roles en la vida cotidiana y sobrellevar un desgaste emocional que afecta a ambos. Es necesario dar voz a estas vivencias,

reconocer el dolor, las transformaciones y los desafíos que enfrentan juntos, para entender que el cáncer no es individual, sino una experiencia que transforma la vida de la pareja en su totalidad.

MÉTODO

Diseño

Esta investigación tuvo un diseño cualitativo con análisis de contenido. Según Aigner (1999), esta es una técnica que permite examinar el contenido de las comunicaciones mediante la organización de sus elementos o información evidente en categorías específicas. Esta metodología se centra principalmente en el estudio de las ideas y conceptos transmitidos, más que en las palabras utilizadas para expresarlos, considerando la comunicación o el mensaje dentro del contexto de la relación entre emisor y receptor.

Entre las características fundamentales de la investigación cualitativa se destaca la significatividad. Esta se refiere a la comprensión del sentido que los participantes otorgan a sus experiencias. Según Fuster (2019), este método busca comprender la esencia de lo vivido desde la perspectiva de los propios actores, considerando sus emociones, significados y construcciones simbólicas dentro de su contexto relacional. En este sentido, el enfoque con análisis de contenido resulta especialmente pertinente para acceder a la experiencia subjetiva de las parejas, permitiendo comprender cómo viven y significan el proceso de cáncer en su vínculo afectivo. Moriña (2003) y Simons (1996) enfatizan que el investigador debe liberar su mente de conceptos preestablecidos para captar la esencia del fenómeno estudiado, permitiendo así una interpretación auténtica y profunda de las realidades vividas (Sandoval, 1996).

Participantes

Para la selección de los participantes se convocaron a partir de un muestreo voluntario también conocido como muestreo autoseleccionado, que ocurre cuando las personas se proponen como participantes o responden a una invitación (Battaglia, 2008). Se convocaron 6 parejas en la ciudad de Cali los cuales deben cumplir los criterios de inclusión: a) parejas mayores de 18 años, donde uno de sus integrantes haya sido diagnosticado con cáncer de mama, b) que hayan convivido mínimo 3 años, c) que hayan convivido durante todo el proceso hasta la actualidad, d) que ambos integrantes continúen actualmente juntos, sin estar separados ni divorciados, e) que el integrante de la pareja con cáncer lleve mínimo 6 meses en remisión f) los participantes deben residir en la ciudad de Cali.

En cuanto a los criterios de exclusión, se consideraron los siguientes: (1) tener limitaciones cognitivas o de lenguaje que dificulten la comprensión y su participación activa, (2) parejas donde alguno de los integrantes actualmente esté atravesando una crisis emocional, (3) aquellas parejas cuya remisión fuera muy reciente (menos de tres meses), (4) parejas que tengan antecedentes de violencia intrafamiliar.

A continuación, se presentan las categorías y subcategorías, junto a la definición conceptual de las mismas. Las categorías son interpretación de la experiencia de cáncer, reacciones emocionales de la experiencia de cáncer en pareja y estrategias en la experiencia de cáncer, (ver tabla 1).

Categoría de análisis

Tabla 1. Categorías de análisis y subcategorías

Categoría	Definición	Subcategoría
INTERPRETACIÓN DE LA EXPERIENCIA DE CÁNCER	Hace referencia al proceso mediante el cual los miembros de la pareja dotan de sentido a la vivencia del cáncer. Este proceso es influenciado por factores individuales como el conocimiento previo sobre la enfermedad, experiencias anteriores, así como por el contexto social en el que se desarrolla la relación (Kleinman, 1988; Guitart, 2009). La interpretación permite construir un modelo explicativo propio de la enfermedad que influye en las formas de afrontamiento y adaptación.	Conocimientos previos: Saber médico o popular que tenía la pareja sobre el cáncer antes del diagnóstico, y cómo esto condiciona sus expectativas y temores. Experiencia: Vivencias personales o cercanas con el cáncer que influyen la forma en que se vive el proceso actual (por ejemplo, haber tenido un familiar con cáncer).
REACCIONES EMOCIONALES EN LA EXPERIENCIA DE CÁNCER EN PAREJA	Corresponde a las respuestas emocionales que emergen en la pareja durante el proceso oncológico. Estas respuestas son multidimensionales e incluyen componentes cognitivos, conductuales y fisiológicos, como lo plantea el modelo tridimensional de Lang (1968). En el contexto de pareja, estas emociones pueden surgir tanto por el sufrimiento del otro como por la incertidumbre compartida.	Cognitivo/subjetivo: Pensamientos, preocupaciones e interpretaciones internas sobre la enfermedad y su impacto (por ejemplo: miedo a la pérdida, preocupación por el futuro). Conductual/expresivo: Formas en que se manifiestan las emociones hacia el otro, como el llanto, el distanciamiento, la irritabilidad o el acompañamiento. Fisiológico/adaptativo: Reacciones fisiológicas que afectan la rutina y el bienestar de la pareja.
ESTRATEGIAS EN LA EXPERIENCIA DE CÁNCER	Son las formas en que la pareja responde de manera activa al proceso de enfermedad, buscando mantener el equilibrio emocional y funcional de la relación. Estas estrategias	Procesos de comunicación: Hace referencia a las interacciones mediante las cuales se transmite información fáctica, opiniones o sentimientos, y se define el tono de la

pueden surgir de manera individual o compartida y están influenciadas por la calidad del vínculo, las habilidades socioafectivas y los recursos personales. Rolland (2000) destaca que, en contextos de enfermedad, las parejas necesitan movilizar recursos como la adaptabilidad, la cohesión y la comunicación para afrontar los cambios.

Adaptabilidad: Se refiere a la capacidad de la pareja para reorganizar sus roles, normas y dinámicas frente a los cambios que impone el cáncer. Además, implica el equilibrio entre flexibilidad y estabilidad dentro del sistema familiar. En enfermedades graves, como el cáncer, la adaptabilidad es clave para enfrentar crisis médicas, redistribuir responsabilidades y mantener el funcionamiento emocional de la relación. Dentro de esta categoría también se encuentra el nivel de flexibilidad (Rolland, 2000)

Nota: Elaboración propia

Instrumento

Para la recolección de datos se utilizó una entrevista semiestructurada complementada con dos técnicas cualitativas: foto-elicitación y línea del tiempo. La foto-elicitación empleó imágenes significativas del proceso oncológico (antes del diagnóstico, tratamiento y remisión) para facilitar la exploración simbólica de las vivencias en pareja, permitiendo comprender tanto la interpretación individual como la construcción conjunta de sentido (Berríos Huss, 2010). Esta técnica se apoyó

en el set de cartas ilustradas *De Adentro Hacia Afuera*, que facilitó el reconocimiento emocional y ayudó a profundizar en los sentimientos durante la entrevista.

La línea del tiempo permitió a cada participante representar gráficamente los hitos más relevantes desde el diagnóstico hasta el presente, promoviendo la apropiación del relato y su contextualización en dimensiones sociales, políticas y emocionales (Adriansen, 2012). Esta herramienta actuó como un organizador flexible que facilita la co-construcción narrativa entre investigador y participantes, integrando activamente a estos últimos en la definición y organización del contenido San-Cornelio, Roig y Foglia (2022).

La entrevista se realizó con ambos miembros de la pareja, incluyendo momentos individuales (ver Anexo 2). Todas las técnicas fueron validadas por dos jueces expertos en psicología de la salud e investigación cualitativa y en psicología clínica con experiencia en técnicas interactivas (ver Anexo 1). Tras ajustes según sus observaciones, se aplicó una prueba piloto con una pareja que cumpliera los CI.

Análisis de datos

En este estudio, se utilizó ATLAS Ti como herramienta para el análisis de los datos. Este es un software el cual facilita la organización, segmentación y codificación de grandes volúmenes de información cualitativa. Al mismo tiempo, se empleó la técnica de análisis de contenido, la cual permite identificar, clasificar e interpretar patrones, categorías y temas emergentes a partir de los discursos obtenidos en la foto-elicitación y construcción de la línea del tiempo. De acuerdo con Bardin (2002), el análisis de contenido cualitativo permite interpretar datos dentro de sus contextos sociales y culturales, lo que la hace una herramienta fundamental para comprender significados en profundidad.

Procedimiento

Fase de preparación conceptual

Al iniciar este estudio, se seleccionó la temática, se delimitaron los objetivos de investigación y se realizó una revisión estadística global de la problemática en plataformas especializadas en salud pública y epidemiológica, como la OMS, INC y el Ministerio de Salud, con el fin de contextualizar la incidencia de cáncer en la población y su impacto a nivel global. Posteriormente, se llevó a cabo la búsqueda de la literatura en bases de datos como ProQuest, ScienceDirect, Mendeley, Scopus, entre otras. A partir de esta revisión empírica, se elaboró la introducción del estudio y se definió que el enfoque metodológico sería cualitativo, específicamente bajo un diseño de análisis de contenido. Una vez establecido el enfoque, se procedió a la construcción del apartado del método, donde se diseñó el instrumento de recolección de datos, en el cual se seleccionaron como técnicas la foto-elicitación y la línea del tiempo.

Convocatoria

La convocatoria se realizó mediante una pieza publicitaria digital difundida por redes sociales, la cual incluía los criterios de participación y un número de contacto para resolver dudas junto con el consentimiento informado y el protocolo de atención en crisis. Complementariamente, se utilizó la estrategia de voz a voz dentro de la universidad, especialmente con docentes vinculados a pacientes diagnosticados con esta enfermedad, para facilitar el acercamiento a posibles participantes.

Recolección de información

La recolección de información se realizó mediante dos técnicas: una línea de tiempo escrita, donde los participantes registraron los hitos más relevantes del proceso de enfermedad, y una entrevista semiestructurada grabada en audio. Esta grabación fue utilizada únicamente con fines investigativos y está contemplada en el consentimiento informado, que detalla los aspectos éticos sobre confidencialidad y uso de la información.

Análisis de resultados y discusión

En la fase de análisis y discusión, se revisaron las experiencias compartidas por las personas participantes a partir de las entrevistas y las líneas del tiempo, siguiendo las categorías definidas en la investigación. Los resultados se analizaron en función de los objetivos planteados y se contrastaron con los antecedentes teóricos para identificar coincidencias, diferencias y aportes. Finalmente, se presentaron las conclusiones, recomendaciones y limitaciones del estudio.

Socialización

En esta fase final, una vez obtenida la aprobación de los evaluadores, se llevó a cabo una socialización grupal dirigida a los participantes del estudio. En este espacio se compartieron los principales hallazgos de la investigación, con el objetivo de devolver a los participantes una comprensión general de los resultados obtenidos a partir de sus experiencias. Esta socialización buscaba reconocer el valor de sus relatos y promover la reflexión sobre la vivencia del cáncer en pareja y se realizó en un ambiente de respeto y cuidado, reconociendo el valor de sus aportes y propiciando un cierre significativo del proceso investigativo.

Consideraciones éticas

Este estudio se desarrolló bajo principios éticos que garantizaran el respeto, la dignidad y la protección de los participantes. Se solicitó el consentimiento informado a ambos miembros de la pareja, explicando el propósito, procedimientos, riesgos, beneficios y el carácter voluntario de su participación (Ver anexo 4). Se les informó que pueden retirarse en cualquier momento sin consecuencias.

Se aseguró la confidencialidad, así como el protocolo de crisis y el uso exclusivo de los datos con fines académicos, bajo resguardo seguro. La investigación se acogió a la Ley 1090 de 2006, que regula la psicología en Colombia, y a la Resolución 008430 de 1993 del Ministerio de Salud, la cual clasifica el estudio como de riesgo mínimo. No obstante, se prestó especial atención a posibles riesgos emocionales, por lo cual se implementó una ruta de atención en crisis y contactos de remisión. Ambas normativas orientan a los investigadores en la protección de los derechos y el bienestar de los participantes, promoviendo una práctica ética y responsable.

RESULTADOS

En el presente apartado se exponen los resultados obtenidos de las entrevistas realizadas a las seis parejas participantes en la cual se implementó una entrevista semiestructurada, una línea del tiempo realizada de manera individual y la técnica de foto-elicitación a partir del recurso terapéutico *De Adentro Hacia Afuera*. En cuanto a la línea del tiempo, esta técnica les permitió a los participantes organizar e identificar los hitos más importantes de una forma gráfica o escrita. Este instrumento resultó fundamental, ya que facilitó el desarrollo de la entrevista, pues las preguntas se formularon en torno a los sucesos identificados en él. Se encontraron ciertas generalidades: en todas las líneas de tiempo aparecieron hitos importantes, como el momento del

diagnóstico y los distintos procedimientos médicos realizados, entre ellos cirugías, radioterapia, hospitalizaciones, quimioterapia y hormonoterapia.

Las líneas de tiempo permitieron concluir en un momento presente, su experiencia en pareja, en el cual se destacaron sentimientos como el optimismo, la aceptación del tratamiento y de la enfermedad. Asimismo, fue posible identificar algunas diferencias entre las líneas de tiempo entre cada pareja, pues, aunque todos los participantes compartieron etapas similares, algunas líneas enfatizaron momentos emocionales específicos que marcaron de forma individual la experiencia de la enfermedad. También se resaltaron cambios físicos relevantes, la unión familiar y, finalmente, la aceptación, los cuales se describirán con claridad en el análisis de cada categoría.

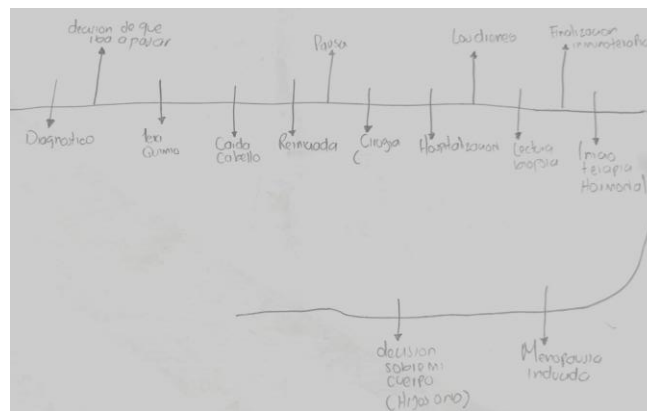


Figura 1. Desarrollada por Andrea (Pareja 2, 2025)

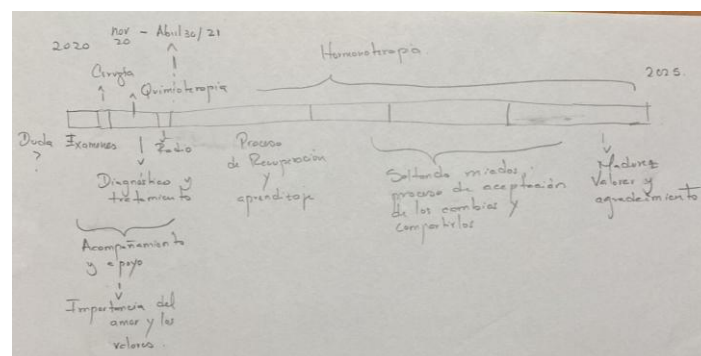


Figura 2. Desarrollada por Lina (Pareja 5, 2025)

Posterior a la realización de la línea de tiempo de parte de cada uno de los integrantes de la pareja, se inició la entrevista, durante la cual, en algunas preguntas, se solicitó a los participantes seleccionar algunas imágenes en determinadas preguntas con el fin de facilitar su expresión emocional.

Inicialmente se presentan los resultados sociodemográficos de cada pareja y algunas características de las mismas. Para velar por la confidencialidad y la no identificación de los participantes, se mantendrá el anonimato usando pseudónimos para denominarlos.

Tabla 2. Características sociodemográficas de los participantes

Pareja No.	Pseudónimos	Edad	Tiempo de relación	Tiempo de convivencia	Personas con quien habita	Diagnóstico	Tratamiento recibido	Duración del tratamiento	Tiempo de remisión
1	Rosa y Elías	62 y 63	38 años	38 años	Hija	Cáncer de seno derecho	Cirugía, radioterapia y terapia hormonal	6 meses	4 años
2	Andrea y Diego	35 y 27	3 años y 3 meses	3 años	Padres de Andrea	Cáncer de mama nivel II	Quimioterapia, cirugía, inmunoterapia, actualmente terapia hormonal	9 meses	2 años
3	Renata y Jair	76 y 80	61 años	57 años	Ninguno	Cáncer de mama en etapa	Quimioterapia inyectada,	1 año y medio	7 años

IV agresivo										cirugía, radioterapia	
4	Nelly y Oscar	55 y 58	19 años	19 años	Hijo	Cáncer de mama en etapa temprana	Mastectomía total, quimioterapia, hormonoterapia	3 años	9 años		
5	Lina y Leonardo	54 y 55	36 años	30 años	Hijo menor	Cáncer de mama etapa 2	Quimioterapia, radioterapia, cuadrantectomía	7 meses	4 años		
6	Mónica y Juan	61 y 70	43 años	43 años	Ninguno	Cáncer de mama	Quimioterapia, radioterapia, cuadrantectomía, vaciamiento de ganglios	8 años	10 años		

Nota. Elaboración propia.

Rosa y Elías

Son una pareja que reside en Cali. Ambos se encuentran pensionados, lo cual permitió que Elías pudiera involucrarse activamente en el proceso de la enfermedad. Se evidencia una relación afectiva con sus hijos, destacando la importancia que estos han tenido durante dicho proceso. Durante la entrevista, la pareja encontró la oportunidad de verbalizar sentimientos y pensamientos que no habían expresado con anterioridad. Se observa en ellos una manifestación de afecto mutuo durante la entrevista y de acuerdo con lo que refirieron, la vivencia de la enfermedad como una experiencia que ha fortalecido aún más su vínculo y su relación de pareja.

Andrea y Diego

Conforman la pareja más joven de los participantes. A diferencia de las demás, ellos apenas estaban iniciando su relación cuando el diagnóstico de cáncer llegó a sus vidas. Diego, proveniente de la ciudad de Bogotá decidió radicarse en Cali para poder acompañar a Andrea y estar presente durante todo el proceso. Su relación, además, tuvo un inicio en un contexto de virtualidad hasta lograr la reubicación de Diego en Cali. Al momento de la entrevista, ambos se mostraron abiertos a hablar sobre el tema y manifestaron entusiasmo por compartir su testimonio y la manera en que han vivido la experiencia del cáncer como pareja. Por último, ambos miembros relataron que a pesar de la enfermedad decidieron continuar con sus funciones laborales.

Renata y Jair

Es la pareja con más tiempo de matrimonio entre los participantes. Además del proceso oncológico, la pareja ha enfrentado la pérdida temprana de un hijo, y Renata expresa que no teme a la posibilidad de morir, pues considera que, en ese caso, se reencontraría con su hijo. Durante la entrevista, mostraron disposición y calidez hacia las entrevistadoras, lo que permitió un desarrollo amplio y profundo de sus respuestas. Se evidencia en ellos una relación basada en el afecto y la expresión constante de su amor mutuo. Asimismo, se destaca la relevancia que la espiritualidad tiene en sus vidas, constituyéndose como un pilar fundamental en su manera de afrontar las dificultades. Finalmente, en el momento de la enfermedad ambos miembros de la pareja se encontraban pensionados.

Nelly y Oscar

Son una pareja proveniente de la costa atlántica del país. Durante la entrevista se evidenció el papel del humor tanto en sus relatos como en la dinámica de su relación, caracterizada por la

alegría y la espontaneidad. El encuentro permitió que ambos pudieran verbalizar aspectos y sentimientos que no habían expresado anteriormente. Se observa que comparten gustos similares y que valoran profundamente el respeto por la autonomía individual dentro de la relación. En cuanto al ámbito laboral, ambos miembros relataron que continuaron con sus funciones a pesar del diagnóstico.

Lina y Leonardo

Es la pareja que orienta su vida bajo una filosofía estoica, caracterizada por la aceptación serena de las circunstancias tal como se presentan. Tras el diagnóstico, Lina decidió dejar de trabajar para priorizar su tranquilidad y dedicarse a su pasión: las manualidades. Se trata de una pareja que valora y prioriza el bienestar físico y emocional por encima de los aspectos materiales, manteniendo una actitud reflexiva y equilibrada frente a la enfermedad y la vida cotidiana. Para terminar, esta pareja relató que Lina decidió poner fin a sus funciones laborales pues mencionaba que este era un factor de estrés para ella, mientras que Leonardo si continuo ejerciendo.

Mónica y Juan

Son la pareja que lleva más años en remisión. En ellos se evidencia una relación profundamente marcada por el amor y el apoyo mutuo, los cuales han sido pilares fundamentales para sobrellevar las dificultades asociadas a la enfermedad. Asimismo, la espiritualidad ocupa un lugar central en sus vidas, constituyéndose como una fuente de fortaleza y esperanza. Durante la entrevista, ambos se mostraron muy interesados y dispuestos a compartir su historia, transmitiendo serenidad y gratitud por el proceso vivido. Por último, en esta última pareja, también se evidencia que ambos miembros continuaron con sus trabajos a pesar del diagnóstico presentado.

A continuación, se describen los resultados de acuerdo con las tres categorías de análisis y las subcategorías planteadas: a) interpretación de la experiencia de cáncer, b) reacciones emocionales en la experiencia de cáncer en pareja y c) estrategias de la experiencia de cáncer. Adicional a esto, se presentó una subcategoría emergente, la cual se denominó religiosidad.

Interpretación de la experiencia de cáncer

En esta categoría se presentan los conocimientos y experiencias previas de las parejas frente al cáncer, los cuales dieron forma a la manera en que comprendieron y vivieron el proceso de la enfermedad, en donde se identificaron las siguientes subcategorías: Conocimientos previos y experiencias.

Conocimientos previos

En cuanto a esta subcategoría, solo dos de las seis parejas mencionaron tener conocimientos médicos previos acerca de la enfermedad. La pareja 6 manifestó haber recibido charlas preventivas sobre el cáncer en sus lugares de trabajo.

“pues yo pues siempre en el trabajo nos dan dictaban charlas de muchas enfermedades, así que iban a dictar charlas y una vez tuvimos una charla de cáncer donde nos explicaban cómo empezaba el cáncer de mama que había veces que uno o los médicos no se daban cuenta que uno tenía eso, y entonces pues yo de ahí que uno tenía que estar haciendo el autoexamen y todo eso, entonces yo empecé a hacerme el autoexamen” (Mónica y Juan, 2025).

Por su parte, en la pareja de Rosa y Elías se encontró que Rosa laboraba en el área de la salud, por lo cual, tenía un amplio conocimiento acerca de la enfermedad.

“yo fui enfermera jefa de quimioterapia ambulatoria, eso lo hacía más difícil porque tenía el conocimiento, en ocasiones es bueno saber, pero en ocasiones uno como paciente no es que no quiera saberlo, es simplemente que quisiera uno como hacer parte del montón y ir como

recibiendo la información poco a poco pero yo sabía desde un principio todo” (Pareja 1, Rosa, 2025).

Por otro lado, a pesar de que no todas las parejas manifestaron conocimientos médicos previos al diagnóstico, se encontró que, en la mayoría, a excepción de la pareja de Renata y Jair, existen saberes populares en relación al cáncer, en donde se asocia la enfermedad de cáncer con la muerte.

“uno siempre asocia a cáncer muerte, entonces a cáncer no ya fin, pues claro cuando uno recibe ese diagnóstico uno lo que hace es asociarlo y decir ya hasta aquí llegué ya no hay más entonces yo creo que uno lo único que uno siempre como que piensa en esa palabra es cómo la, asociarlo a la muerte como tal” (Pareja 2, Andrea, 2025).

Experiencias

Ahora bien, respecto a esta categoría, se identificó que tres de las seis parejas contaban en su círculo cercano con alguna experiencia previa de cáncer, la cual influyó en que asumieran de manera positiva la vivencia del proceso oncológico. En Lina (pareja 5) y Mónica (pareja 6) se evidenció que dichas experiencias les dieron fortaleza para asumir la enfermedad.

“la compañera que les conté que murió por el proceso aprendí mucho de ella, porque ella fue una mujer que estaba viviendo ese proceso, pero no se quejaba, eh trataba, siempre la noté con mucha madurez y no sé cómo hacía, porque una cosa es decirlo uno, pero ya como uno, ella vivió hasta el último momento con un compañerismo, una cosa muy bonita” (Pareja 5, Lina, 2025).

Por su parte, en el caso de Nelly (pareja 4), la experiencia de la enfermedad vivida por su hermana le permitió desarrollar una mayor conciencia sobre la importancia del cuidado y la

detección temprana. Además, encontró en ella un apoyo y una guía respecto a los procedimientos implicados en el tratamiento.

Por otro lado, en Rosa (pareja 1) se evidenció una experiencia previa de pérdida que influyó en un inicio, en donde la pareja percibía la enfermedad como una situación de alto riesgo, creyendo que implicaría la muerte. Esta percepción fue cambiando con el tiempo, a medida que observaron una evolución positiva en el tratamiento.

“a mi mamá la diagnostican, le hacen la cirugía, le hacen radioterapia y al año muere, a mi me diagnosticaron, me hacen la cirugía, me hacen la radioterapia y literal yo pensaba que me iba a morir al año. Yo alcance a hacer cosas de despedirme, no era porque estuviera negativa, era porque estaba muy vulnerable y estaba muy asustada” (Pareja 1, Rosa, 2025)

Por último, en cuanto a la pareja de Andrea y Diego, estos no presentaron experiencias previas de la enfermedad que fueran significativas para su vivencia y en cuanto a la pareja de Renata y Jair, no presentaron conocimientos previos ni experiencias que tuvieran un significado en vivencia de la enfermedad.

Reacciones emocionales en la experiencia

Esta categoría corresponde a las respuestas emocionales que emergieron en pareja durante el proceso oncológico en donde se identificaron las siguientes subcategorías: cognitivo/subjetivo, conductual/expresivo y fisiológico/adaptativo.

Cognitivo/Subjetivo

Se evidenció que, de las seis parejas participantes, cuatro experimentaron miedo a la muerte en el momento del diagnóstico *“Uno dice me voy a morir, o sea uno no entiende nada, uno cuando ve la palabra cáncer uno dice me voy a morir, entonces se le chocan a uno todas las emociones*

en ese momento” (Pareja 4, Nelly, 2025). Por otra parte, se identificó que a pesar de que ambos miembros de la pareja experimentaban este miedo, los hombres no lo expresaron en su momento, tal como lo refirió Elías *“nunca lo he dicho, pero ya que se da esta oportunidad, si, en algún momento llegué a pensar que me iba a dejar solo...”* (Pareja 1, Elías, 2025).

De igual forma, también se encontró que este temor se iba transformando a aceptación a medida que avanzaba la enfermedad

“Y después de la cirugía como había que acompañarla, yo me venía y mientras ella estaba ahí yo no dormía, pasaba las noches en blanco, como una semana, ya cuando ya le dieron de alta y ya vino a la casa entonces yo la miraba que pues la miraba como bien no sí y pues esa alegría a ella que siempre estaba riendo siempre estaba chanceando, siempre lo va animando a uno” (Pareja 6, Juan, 2025).

Asimismo, a pesar de los pensamientos relacionados con la muerte, se evidenció que todas las parejas, incluso aquellos que manifestaban dichos pensamientos, mostraron una actitud de aceptación del proceso. De modo que la pareja 5 fue la que otorgó mayor énfasis a la aceptación asumida frente al proceso oncológico *“pero yo no me voy a dejar ganar de esto, ni me voy a encerrar, porque tengo que vivir con lo que hay”* (Pareja 5, Lina, 2025). Por su parte Leonardo concuerda con esta postura y se logró evidenciar al seleccionar la siguiente imagen:



Figura 3. Seleccionada por Luis (Pareja, 5, Lina y Leonardo, 2025).

“uno va en ese viaje que le que le pone la naturaleza a uno, o sea no hay no hay otra opción entonces me gusta mucho ese, está muy chévere, muy representativa listo el viaje listo arriba velas o cambio la dirección o, pues yo tengo que tener un rumbo” (Pareja 5, Leonardo, 2025).

Por su parte, en la pareja 2 se logró evidenciar que no hubo temor a la muerte, sin embargo, en Andrea se presentaron pensamientos y sentimientos de frustración e incertidumbre, sentimientos que compartía con las demás parejas *“porque si fueron como muchas preguntas y creo que una de que las que repetía porque a mí porque a mí es como esa sensación de frustración” (Pareja 2, Andrea, 2025).* En cuanto a Diego, manifestó sentir rabia al momento de la noticia del diagnóstico

“cuando pasó lo de la noticia, sentí que mi primera expresión fue enojo porque, enojó porque lo que había conocido de lo que hoy es mi esposa no era una mala persona y sentí que algo tan fuerte que pasó como que le pasó o tenía que afrontar no era justo entonces sí me llené mucho de enojo en ese momento” (Pareja 2, Diego, 2025)



Figura 4. Seleccionada por Andrea (Pareja 2, 2025)



Figura 5. Seleccionada por Diego (Pareja 2, 2025)

A diferencia de la pareja anterior, en la pareja 6 no se identificaron temores hacia la muerte. En el caso de Renata, su vivencia previa de la pérdida de un hijo influyó en su manera de concebirla, expresando que, si llegara a morir, lo vería como la posibilidad de reencontrarse con él. Por su parte, su esposo Jair no manifestó haber pensado en la posibilidad de la muerte de su esposa

“Con eso yo no estoy derramando lágrimas y dije, señor si me mandaste este cáncer es para que yo sea lección para alguien, que yo pueda hacer con esto algo, que yo pueda ayudarle a alguien, pues aquí estoy y si pa irme pues me tengo que ir al fin y al cabo, tengo a mi hijo allá arriba que me espera” (Pareja 3, Renata, 2025).

Por último, se identificó que en cinco de las seis parejas se percibe que la enfermedad no acaba debido a los controles y efectos secundarios que presenta el tratamiento, encontrando así que el temor sigue latente en el día a día.

“Yo tengo que seguir con un control de oncología, tengo que seguir un control de medicina interna, pa colmos estoy con traumatología porque se me despertaron una cantidad de cosas (...), el día que a mí me dicen tiene que tomarse esta serie de exámenes, yo no se lo digo a nadie, porque

yo necesito que esos exámenes estén bien, pero mientras salen, es ese desespero, ese susto de que va a pasar” (Pareja 1, Rosa, 2025).

Fisiológico/adaptativo

Se encontró que todas las mujeres experimentaron cambios hormonales y físicos como consecuencia del tratamiento, los cuales impactaron su relación de pareja, afectando su intimidad y la autoimagen de la mujer.

“En este momento estoy en menopausia inducida entonces son los sofocos, la resequedad en toda parte entonces eso tiene unas connotaciones en pareja no tan chéveres entonces pues obviamente eso generó, otra vez como la sensación de sentirse como menos mujer en algunos aspectos y obviamente, los cambios de humor, la ansiedad a tope los días en los que uno no quiere existir y eso de alguna otra manera pues complejo” (Pareja 2, Andrea, 2025).

“Yo me sentí en un principio muy intimidada. Yo no soportaba que me pusiera una mano aquí, noj, para mí eso era terrible, ¿cierto mi amor? Yo le decía ¡No me toques! ¡No me toques! Si porque porque me intimidaba, me sentía incómoda pero no, ya no” (Pareja 4, Nelly, 2025).

Además, se halló que, en todas las parejas, los cambios físicos y fisiológicos trajeron consigo modificaciones en algunas de las rutinas de los participantes *“A mí me gustaba mucho bailar. Me gustaba bailar bastante y ahora pues con mi problema de artrosis y este ya no puedo bailar hasta los recreos”* (Pareja 6, Mónica, 2025).

“El tema del mercado, Omar asumió, o sea a mí me gusta hacer mercado, y yo lo yo lo hacía, pero entonces el mercado tenía que levantar la bolsa muy pesada y cosas así, entonces básicamente, desde esa época, yo voy y compro cualquier cosita que se nos acabó en mi bolsita y ya, pero así el rol del supermercado, algo que de habitualmente hace una mujer que hacer en el mercado, le pasó a él” (Pareja 4, Nelly, 2025).

Por último, a diferencia de las mujeres, se evidenció que los hombres no otorgaron relevancia a los cambios físicos dentro de la relación de pareja. Aspectos como la pérdida de cabello, la mastectomía o los cambios hormonales fueron percibidos como transformaciones naturales que no afectaban el vínculo afectivo.

“Si yo sé que con la edad vamos a cambiar, entonces los cambios para mí no, entonces yo pienso que como tal el problema que tiene el seno más pequeño son cosas de la enfermedad y ella sigue siendo la misma porque cambia físicamente no ha cambiado como personas, entonces para mí no es algo que me incomode” (Pareja 6, Juan, 2025)

Estrategias en la experiencia de cáncer

Esta categoría corresponde a las formas en que la pareja responde de manera activa al proceso de enfermedad, buscando mantener el equilibrio emocional y funcional de la relación. Para ello, se establecieron las siguientes subcategorías: procesos de comunicación, adaptabilidad y religiosidad como una subcategoría emergente.

Procesos de comunicación y Conductual/Expresivo:

Se evidenció una coocurrencia entre las subcategorías de procesos de comunicación y conductual/expresivo, pues se encontró que las parejas no diferenciaron entre la manera en que se comunicaban y la forma en que expresaban sus emociones. En las narrativas se observó que la comunicación se dio principalmente a través de acciones, como gestos de acompañamiento, cuidado o apoyo, las cuales funcionaron al mismo tiempo como expresión emocional y como estrategia frente al proceso de enfermedad.

En primer lugar, se encontró que, en todos los participantes, los hombres al asumir un rol protector para su pareja no expresaban sus temores, así pues, la comunicación se dio por medio de

acciones, en donde el hombre demostraba su apoyo y acompañamiento a su esposa en el desarrollo de la enfermedad.

“sí porque por lo menos yo salía a la calle y yo sabía que ella estaba aquí, yo salía hacía las vueltas que tenía que hacer, pero la estaba pensando y venía ligerito a la casa a conversar, a acompañarla, pero siempre yo trataba de que estuviera aquí” (Pareja 6, Juan, 2025).

Sumado a que la comunicación se daba por medio de las acciones y el acompañamiento brindado por parte de los esposos, se identificó que todas las parejas adoptaron una postura en la que evitaban hablar de manera explícita sobre la enfermedad, como una estrategia de adaptación al proceso. Esta actitud buscaba integrar la vivencia a la cotidianidad, evitando centrarse en los aspectos negativos y comprendiendo que el actuar representaba una forma más proactiva de afrontarla.

“Era llevarla a todas las cosas que le tocaba que hacer, pero no, no era eludiendo o no enfrentando la enfermedad como tal, sino que no, no era echándole sal a la herida, con eso no quería pues tampoco decir que no me doy cuenta lo que está pasando, de la gravedad de la situación, pero creo que no contribuía nada a estar sobre el tema de la enfermedad, vamos a los tratamientos vamos a las medicinas vamos a esto pero sí, ya salimos de allá” (Pareja 3, Jair, 2025).

Además, se encontró que su emocionalidad pasó a un segundo plano al ser prioridad el bienestar emocional de su pareja.

“me acuerdo yo que fui al comedor y como que me centré mucho en mis sentimientos, pero lo mismo sentí que como que en ese momento estructura fuerte que tú dices este palo no se va a caer por nada del mundo era yo, pero nunca como que dije no mi amor vamos a llorar los dos porque eso está siendo muy difícil no nunca” (Pareja 2, Diego, 2025).

En contraste a lo anterior, se logró evidenciar que las mujeres eran quienes expresaban en mayor medida sus sentimientos y emociones, encontrando en su pareja un sostén emocional en los momentos de dificultad.

“Él me acompañó mucho en eso, porque yo lloraba y yo le decía yo no sé si voy a poder con esto. Pues siempre era mi apoyo. Me abrazaba” (Pareja 5, Lina, 2025).

Por último, en todas las parejas se logró evidenciar que la forma en cómo se expresaban lo que sentían el uno al otro fue por medio del acompañamiento y apoyo mutuo.

“Y yo siento esto, o sea sentí su amor y su respaldo, o sea eso para mí fue muy valioso y ha sido y sigue siendo muy valioso. Me sentí muy querida por Oscar, definitivamente sí. Siempre me sentí muy querida, y él siempre fue protegiéndome” (Pareja 4, Nelly, 2025).



Figura 6. Seleccionada por Nelly (Pareja 4, 2025).

Adaptabilidad

Se identificó que todas las parejas presentaron cambios en sus hábitos alimentarios en pro de su bienestar y salud. Se destaca que, en una de las seis parejas, a raíz de la necesidad de realizar cambios en la alimentación, Elías asume el rol de quien cocina en el hogar, un papel que antes no desempeñaba.

“Yo tenía conocimiento de cómo se hacía un sancochito y un arroquito, pero pues a veces le dan ganas a uno de preparar algo que sea diferente y conveniente para los dos entonces vamos a YouTube, a veces yo le digo vea, está servido usted verá, perdone lo malo, sino le gusta perdone yo contrato a Rausch” (Pareja 1, Elías, 2025).

Por otro lado, se observó que en cinco de las seis parejas se utilizó el humor como herramienta de adaptabilidad frente a los cambios que conllevaba la enfermedad, facilitando la gestión de los momentos difíciles mediante el uso de chistes y expresiones humorísticas.

“optamos más por esos momentos como de reírnos de ver una película, de no sé ponernos a jugar con los filtros de Snapchat cosas así entonces yo tengo miles de fotos con los filtros de Snapchat donde yo estoy calva y estamos con cara de huevo con cara de conejo cosas así, entonces eran como de pronto como los métodos como para apaciguar un poco” (Pareja 2, Andrea, 2025).

También se encontró que todas las parejas tendieron a asumir la enfermedad desde una visión compartida, en la que esta no era percibida sólo como un proceso individual de la mujer, sino como una experiencia de ambos. En las narrativas se evidenció el uso recurrente del “nosotros” al referirse al tratamiento o las citas médicas, lo que refleja una implicación conjunta frente a la enfermedad, en la que las decisiones, los cuidados y los momentos difíciles eran asumidos como parte de una vivencia compartida

“Él estaba contando con que yo me estaba organizando, cuando él entra casi a las 6 de la mañana y me ve dormida, él no me grita, no se enoja, no, se asustó y me dice, mami nos cogió la tarde para la cita. Yo me acuerdo que en ese momento yo me desperté asustada y caí en cuenta de que yo tenía pendiente una cita y me puse fue a llorar porque es que él se metió en el cuento, no me cogió la tarde, nos cogió la tarde A mí me pareció tan bonito ese detalle de que nos” (Pareja 1, Rosa, 2025).

Asimismo, se evidenció que en todas las mujeres participantes hubo una sensibilización por el autocuidado, en donde se priorizaron a ellas mismas, de forma que buscaban cumplir con sus citas médicas, dedicarse espacios personales para preservar su tranquilidad y, al mismo tiempo, recibían el apoyo de sus parejas, tal como lo refirió Nelly *“no quiero vivir intoxicando mi cuerpo con rabia, con iras, con angustias, no me quiero intoxicar el cuerpo yo o sea yo quiero vivir tranquila, quiero poder disfrutar mi vida”* (Pareja 4, Nelly, 2025).

“esto que estoy haciendo, lo estoy haciendo porque yo finalmente me di cuenta que debo pensar es en mí, lo que yo les decía anteriormente, yo pensaba primero en el resto, pero no pensaba en mí, cuando pienso en mí, cuando yo sé que tengo que tomarme exámenes, cuando yo sé que tengo que cumplir con una cita, cuando sé que tengo que ir a reclamar los medicamentos, ya estoy pensando en mí” (Pareja 1, Rosa, 2025).

Además, dos de las seis parejas mencionaron que esta experiencia les permitió aceptarse mutuamente respetando la libertad del otro lo que se expresó como una manera de afrontar el proceso manteniendo el equilibrio y el apoyo dentro de la relación *“dejar, cómo le digo dejar que el otro tenga su sueño y cumpla su sueño, si le provoca cocinar cocine, que me voy para tal parte, vaya”* (Pareja 6, Juan 2025).

Por otro lado, en la pareja 2 se resalta un cambio significativo, pues comenzaron a convivir y Diego tomó la decisión de trasladarse de ciudad tras el diagnóstico de Andrea con el objetivo de estar presente en el proceso de la enfermedad, lo cual generó que Diego se convirtiera en el cuidador principal, no solo siendo un sostén emocional, sino también asumiendo nuevas tareas relacionadas con el cuidado médico que su esposa requería, marcando así una nueva etapa en su relación.

“ Ese cambio fue positivo, pero se sintió más como el estar acompañado de, porque yo allá en Bogotá si bien sí, estaba ahí no me faltaba nada pero me sentía solo y yo decía tú llegaste a ser mi compañía, entonces creo que ese fue como el cambio más grande que se tuvo porque pues de estar 24 /7 solo va a estar 24/7 con alguien y ser como ese tú me escuchas yo te escucho los dos apoyamos los dos solucionamos se sintió bastante chévere porque se sintió como en equipo” (Pareja 2, Diego, 2025).

“Yo era uña y mugre con mi mamá, y pues ya después de que llegó él, pues ya era todo con él, todo se lo contaba a él, pero yo siento que él transitó el rol de pareja, pero también de cuidador, entonces ese rol de cuidador le demandaba por qué porque era por ejemplo el estar pendiente de mí en las noches el que me tenía que cambiar o medir la sangre de los drenes.” (Pareja 2, Andrea, 2025).

Por último, se identificó que en todas las parejas se adoptó una postura de vida que se centraba en la sencillez, en apreciar el día a día con mayor calma, teniendo conciencia sobre las pequeñas cosas de la cotidianidad y aceptando su presente.

“agradecer lo que tenemos y vivir el presente, ahora ya no mantenemos pensando de en las cosas los materiales con tanta importancia, no, decimos hay cosas más, que llenan más y más de fondo y ahí empiezas a apreciar lo que es el día a día el día, llega más a la contemplación, uno disfruta la naturaleza” (Pareja 5, Lina, 2025).

Categoría emergente: Religiosidad

En cinco de las seis parejas, las creencias religiosas fueron fundamentales durante el proceso, debido a que la fe se convirtió en una fuente de consuelo, esperanza y fortaleza frente a la incertidumbre que traía la enfermedad *“eso ayudó bastante, nos acercó más a, Dios, y poder*

estar más unidos, más todavía, a veces nosotros aquí, vamos a rezar, oremos, vamos y oramos” (Pareja 1, Elías, 2025).

“Nada, tranquilidad, yo creo que a Jair le expresaba calma, una serenidad total, una fe en Dios de que estaba bien de que me estaba mejorando, pues eso lo compartimos y entonces nosotros vivimos el cáncer de nosotros como cualquier otro día” (Pareja 3, Renata, 2025).

Por otro lado, en la pareja 2, se observó que, a raíz de la experiencia de la enfermedad, Diego desarrolló su fe y se reafirmó su creencia en Dios

“yo antes no era muy devoto a Dios escasamente me persignaba y fin todo decía Dios no sé si me escucha no sé si existe, pero desde que la conocí a ella comenzamos a ser más íntimos con Dios” (Pareja 2, Diego, 2025).²

DISCUSIÓN

A continuación, se presenta la discusión de los resultados obtenidos a partir de las experiencias y narraciones de los participantes, teniendo presente el objetivo general de esta investigación, el cual fue comprender la experiencia en pareja donde uno de sus integrantes ha sido diagnosticado con cáncer de mama.

Inicialmente, se plasmará la discusión en torno al primer objetivo específico, el cual buscaba conocer las interpretaciones, de cada uno de los miembros de la pareja de la experiencia de cáncer de uno de ellos, entendiéndose la interpretación como la forma en que el sujeto le da sentido a su realidad, en donde confluyen tanto las características del individuo como las del entorno. En este proceso, influyen los conocimientos previos y experiencias, así como las particularidades del medio y la situación en la que ocurre la experiencia (Guitart, 2009). En el caso de los participantes de la investigación, se pudo evidenciar cómo lo que conocían sobre el cáncer se convirtió en la base sobre la cual comenzaron a construir los significados de la enfermedad.

Dichos conocimientos funcionaron como un punto de partida desde el cual anticiparon riesgos, demandas emocionales e incluso algunos de ellos llegaron a plantearse posibles desenlaces. Asimismo, durante el recorrido de las vivencias de la enfermedad, desde la singularidad de cada pareja, iban resignificando y consolidando las experiencias, mientras que iban teniendo un sentido y otorgando una interpretación acerca de la enfermedad.

Teniendo en cuenta lo anterior, se retoman los planteamientos de Yue et al. (2025), quienes señalan que la cultura influye en la forma en que las personas perciben el cáncer, evidenciándose que los participantes de su estudio asociaban la enfermedad con la muerte. Aunque dicha investigación se desarrolló en China, sus hallazgos guardan relación con los resultados obtenidos en el presente estudio, en los cuales se identificó la presencia de un saber popular que vincula el cáncer con la muerte en el momento del diagnóstico, reflejando así como las creencias socialmente compartidas y los significados construidos moldean la comprensión de la enfermedad. A pesar de que no es específico el origen de estos saberes y creencias, se cree que se construyen y se transmiten mediante relatos familiares, experiencias cercanas, narrativas mediáticas y discursos de salud que históricamente han presentado esta enfermedad como una condición grave y potencialmente mortal.

Berger y Luckmann (1966), señalaron que la sociedad se mantiene a través de un proceso continuo en el que las personas crean significados, estos se transforman en conocimientos compartidos y finalmente, son incorporados por los individuos como parte del sentido común. Por esta razón, la asociación entre cáncer y muerte no surge de una fuente única, sino de la acumulación y transmisión generacional de estos significados, lo cual explica por qué aparece como una creencia compartida en los participantes del estudio, incluso sin haber tenido un contacto directo con la enfermedad.

Por otro lado, de acuerdo con el segundo objetivo, el cual buscaba describir las emociones que experimentaron cada uno de los miembros durante la experiencia de enfermedad. En relación con ello, Zambrano y Vega (2022), reconocen que esta puede generar dificultades psicológicas y emocionales debido a que es de naturaleza crónica, a la incertidumbre sobre su pronóstico y a los efectos secundarios del tratamiento. Esto concuerda con lo hallado en las narraciones de las parejas participantes, quienes manifestaron que los primeros momentos tras el diagnóstico estaban cargados de miedo, incertidumbre y frustración, al asociarlo con algo negativo. Asimismo, los efectos secundarios derivados de los tratamientos, como la artrosis o la menopausia inducida, junto con la necesidad de asistir periódicamente a controles médicos, generan no solo malestares físicos, sino también una constante ansiedad ante la posibilidad de una recurrencia de la enfermedad. En este escenario, los esposos desempeñaron un papel fundamental, ya que su rol se centró en reafirmar su apoyo y su presencia incondicional, sin importar los cambios que pudieran presentarse en ellas, convirtiéndose a su vez en un referente de calma durante los momentos de mayor vulnerabilidad.

Del mismo modo, tal como lo refiere Mumini, O'Donnell y Doody (2024) en su investigación, resulta importante que en las parejas de las mujeres diagnosticadas se evidencie su compromiso, con el propósito de brindar una sensación de seguridad y bienestar, evitando así el aumento de la angustia emocional y posibles dificultades en el proceso de adaptación. Lo anterior guarda relación con lo encontrado en los testimonios de los participantes, en donde se evidencia que el compromiso y el apoyo de los esposos de las mujeres fue clave para brindarles tranquilidad durante el proceso, pues esto les permitió sentirse respaldadas y protegidas al momento de enfrentar la enfermedad.

De igual manera, Cruz y Sánchez (2021) plantean que los pacientes oncológicos también asumen un papel activo en el bienestar de sus parejas a través de la empatía y el amor compasivo. En este sentido, señalan que estos pueden expresar apoyo, comprensión y afecto hacia su pareja con el propósito de fortalecer la relación. Ahora bien, con respecto a esta investigación, este papel no se evidenció claramente en los relatos de los participantes, pues, debido al impacto físico y emocional del diagnóstico y el tratamiento, las mujeres se encontraban centradas en su propio proceso de afrontamiento y recuperación. Esto implicaba que en estas parejas no lograron expresar apoyo emocional hacia sus esposos, no por falta de interés, sino porque sus recursos estaban dirigidos a asimilar la enfermedad y manejar sus propios cambios y malestares. No obstante, se observó que los hombres experimentaban mayor calma y aceptación a medida que notaban la mejoría de sus compañeras, reflejada en una actitud más activa, con más energía o con mayor estabilidad emocional. Para ellos, estos avances constituían una fuente de tranquilidad y esperanza, al punto de convertirse en el principal elemento que les permitía sostenerse emocionalmente. En este sentido, los hombres comprendieron que sus parejas eran quienes atravesaban directamente los cambios más intensos y que, en ese contexto, su rol se orientaba más a brindar acompañamiento que a esperar una respuesta afectiva de parte de ellas. De este modo, la evolución positiva de las mujeres funcionó como un indicador de alivio y un sostén emocional para los hombres durante el proceso.

En este orden de ideas, Aragón, Hernández y Flores (2021) describieron la mutualidad como un recurso fundamental para afrontar la enfermedad de manera conjunta, explicando que, en el plano emocional, la mutualidad se relaciona con la satisfacción derivada del apoyo y la disponibilidad afectiva de la pareja, mientras que en el aspecto conductual se expresa a través de acciones observables como la comunicación y las muestras de afecto. Al mismo tiempo, Santiago

y Sánchez (2021) junto con Díaz-Heredia et al. (2024) plantean que la empatía y el apoyo mutuo favorecen la adaptación emocional y contribuyen a disminuir los niveles de estrés. Sin embargo, en la presente investigación se evidenció que dicha mutualidad no se presentó de manera equilibrada, ya que el vínculo se centró en las necesidades emocionales y físicas de las mujeres. Esto no responde a una falta de interés por parte de ellas, sino a que se encontraban atravesando su propio proceso de afrontamiento, lo que llevó a que fueran sus parejas quienes asumieran un rol más activo en el apoyo y acompañamiento durante la enfermedad. Aun así, aunque esta mutualidad no se haya presentado se evidenció que el apoyo de la pareja ayudó considerablemente a reducir los niveles de estrés.

A pesar de la falta de mutualidad observada en algunos casos, las circunstancias de cada pareja favorecieron que la carga del cuidado no recayera de manera exclusiva en un miembro. En algunas parejas, tanto la paciente como su esposo continuaban trabajando e incluso en algunas parejas se hizo una distribución de las tareas domésticas, basadas en lo que cada uno podía realizar, lo que permitió distribuir las responsabilidades asociadas al cuidado. En otros casos, ambos ya se encontraban pensionados, lo que les proporcionaba mayor disponibilidad de tiempo para atender el proceso de manera conjunta.

Por otro lado, Pineda-Flores et al. (2023), plantearon que los esposos jóvenes muestran menor ajuste diádico y apoyo de pareja, aunque reportan mejor calidad de vida que los mayores. En estos últimos, el ajuste diádico impacta más dimensiones de su bienestar, lo que indica que la relación conyugal cumple un papel más integral en su calidad de vida. Lo anterior contrasta con los resultados de la presente investigación, ya que no se evidenciaron diferencias en el nivel de apoyo según la edad. Por el contrario, se observó que en la pareja más joven (pareja 2), el esposo brindó un alto grado de apoyo a su compañera, llegando incluso a tomar decisiones significativas,

como trasladarse de ciudad para acompañarla durante el proceso de la enfermedad, convirtiéndose en su principal cuidador y soporte emocional. Cabe resaltar que en esta pareja existe una diferencia de edad considerable, siendo él menor que ella.

Ahora bien, de acuerdo con el tercer objetivo, el cual buscaba identificar las estrategias que desarrollaron en pareja durante la experiencia de cáncer de uno de sus miembros, Se logró identificar que los principales cuidadores fueron los esposos, quienes acompañaban a las mujeres no solo a los controles médicos, sino también a las sesiones de quimioterapia y al proceso de recuperación posterior a las cirugías. En algunos casos, estos cuidadores debieron realizar tareas específicas de cuidado físico, como el cambio de drenes o la supervisión de la evolución postoperatoria. Además, asumieron nuevas responsabilidades dentro del hogar, como las labores de cocina y organización doméstica, mientras continuaban cumpliendo con sus compromisos laborales. Esta doble carga evidencia la complejidad del rol del cuidador y el impacto que tiene tanto en su rutina diaria como en su bienestar emocional. Lo anterior coincide con lo señalado por Escalante, Montoya y Arias (2022), pues en su investigación resaltaron que el tratamiento del cáncer genera síntomas que requieren cuidados continuos, lo que demanda la participación de cuidadores, usualmente familiares cercanos. Este rol implica asumir nuevas tareas y responsabilidades, muchas veces sin preparación previa, además de equilibrarlas con las propias obligaciones personales y laborales. En esa misma línea, de acuerdo con Herreras, (2024), cuando el cuidador es el cónyuge, esta labor conlleva también un importante desgaste físico y emocional, ya que el proceso oncológico puede transformar la dinámica de pareja y generar altos niveles de estrés y agotamiento.

Siguiendo la línea del proceso de adaptación en la enfermedad, tal como lo refirió Wei et al. (2024), Chen et al. (2023), Liao et al. (2023), Mumuni, O'Donnell y Doody (2024) y Ștefănuț et

al. (2023), quienes mencionan las estrategias que las parejas emplean para enfrentar el proceso del cáncer, identificando diversos patrones que abarcan desde formas de afrontamiento colaborativas hasta respuestas de tipo evasivo, dichas respuestas impactan el bienestar emocional y la capacidad de adaptación frente a la enfermedad. Lo encontrado en las narrativas coincide con lo mencionado anteriormente, pues la forma en que las parejas afrontaron la enfermedad consistió en evitar pensar o hablar sobre ella. Su estrategia se basó en aceptar la situación que estaban viviendo y brindarse apoyo mutuo.

Esta postura estaría respaldada por Folkman y Lazarus citado en Biggs, Brough & Drummond. (2017) quienes en su teoría sobre afrontamiento mencionan que hay tres formas de afrontar las situaciones estresantes en la vida de las personas, la primera centrada en el problema; en donde la persona aborda directamente la fuente de estrés lo que conlleva un proceso de planificación, toma de decisiones sobre los pasos a seguir y realización de acciones específicas. En cuanto a la segunda esta se denomina centrada en las emociones, en donde las personas intentan regular y manejar las emociones asociadas con una situación estresante, las personas con esta estrategia hacen un reconocimiento de las emociones, las expresan de formas saludables y de ser necesario buscan apoyo emocional. Por último, se encuentra la evitación, que hace referencia a que las personas ignoran o niegan completamente la existencia de la problemática y no hacen nada al respecto.

Es decir, en las parejas, se evidencio una estrategia centrada en el problema, ya que a pesar de que no hubo comunicación, las parejas si realizaron todo un proceso de planificación de las acciones que debían realizar, tomaron decisiones efectivas e informadas para abordar el problema como cambios en la alimentación por formas más saludables, mejora en hábitos como el ejercicio, entre otros que favorecen el bienestar de las mujeres, además de ser constantes y responsables con

la toma de medicamentos y citas, tratamientos, entre otras cosas que eran necesarias implementar para lograr superar la enfermedad.

En relación con este tema, Wang et al. (2024) identificaron que las parejas que se involucran de manera activa en el proceso de la enfermedad generan estrategias más eficientes para afrontar la incertidumbre y reducir los niveles de ansiedad que esta puede generar. Otras investigaciones como las de Hernández et al. (2024) y Duan et al. (2025) destacan que la funcionalidad conyugal y el afrontamiento en pareja favorecen la adaptación al cáncer, promoviendo mayor crecimiento postraumático y reduciendo el impacto negativo de la enfermedad. Lo anterior coincide con los resultados de la presente investigación, en la que se evidenció que todas las parejas participaron activamente en el proceso de la enfermedad y en las situaciones derivadas de esta. Dicha participación les permitió mantenerse informados, asumir conjuntamente las decisiones y vivir la experiencia como algo compartido, en la que ambos se sentían parte del proceso, expresándose incluso en términos de “nosotros”.

Asimismo, Cariola y Gillanders (2025) determinaron que la flexibilidad psicológica influye en cómo el estrés asociado al cáncer afecta la satisfacción en la relación. En consecuencia, los autores señalan que esta flexibilidad facilita una adaptación más favorable a los retos emocionales y físicos que implica la enfermedad. En las narrativas de los participantes se identificaron estrategias que reflejan esta flexibilidad, como el uso del humor como herramienta de afrontamiento, el respeto por la libertad del otro como una manera de mantener el equilibrio y el apoyo dentro de la pareja, y la adopción de una visión centrada en la sencillez de la vida, en donde había más conciencia sobre vivir el día a día con mayor tranquilidad y disfrutar de los detalles de la cotidianidad. Tal como señalan los autores, estas estrategias permitieron a los

participantes afrontar la situación de manera más efectiva, favoreciendo la aceptación de los desafíos y contribuyendo a una mejor adaptación frente al proceso vivido.

Sumado a ello, se identificó que a pesar de las dificultades que podían surgir dentro de la relación en el proceso oncológico, todas las estrategias anteriormente mencionadas permitieron que las parejas se mantuvieran juntas superando las adversidades. Esto concuerda con lo enunciado en Fugmann et al. (2022) quienes señalaron que, aunque la enfermedad puede generar tensión en la pareja, encontraron que el diagnóstico de cáncer suele asociarse con una leve disminución en las tasas de divorcio, gracias al apoyo social y emocional que brindan las relaciones cercanas.

Por otro lado, en relación con la comunicación dentro de la pareja, Megia (2023) y Santiago y Sánchez (2021) destacan que una comunicación pasiva en parejas con cáncer de mama puede dificultar la expresión emocional y provocar distanciamiento entre sus miembros. Asimismo, Wei et al. (2024), resaltaron que la comunicación abierta genera estrategias efectivas. Del mismo modo, Chen et al, (2023) y Krok, Telka, & Morón, (2023) hallaron que las parejas con dificultades en la comunicación suelen experimentar niveles más altos de ansiedad y depresión. No obstante, los resultados de esta investigación difieren de lo anterior, ya que, aunque las parejas evitaban hablar abiertamente sobre la enfermedad o sobre los temores asociados a ella, esta falta de verbalización explícita no deterioró la relación ni generó distancia emocional. Más bien, los relatos evidencian que la comunicación se sostuvo a través de gestos de acompañamiento, expresiones de cariño y mensajes de aliento que funcionaron como una forma de apoyo emocional. No obstante, se identifica una ausencia masculina en la verbalización del miedo y la incertidumbre frente a la enfermedad, lo cual puede reflejar no solo una estrategia personal de afrontamiento, sino también la influencia de expectativas sociales asociadas al rol masculino. En muchos contextos, se espera que el hombre adopte una posición protectora, fuerte y emocionalmente contenida dentro del

hogar, lo que puede llevar a inhibir la expresión del malestar y a evitar conversaciones relacionadas con el miedo o la vulnerabilidad que implica la enfermedad. Comprender estas dinámicas permite analizar de manera más profunda cómo los roles de género influyen en las estrategias de afrontamiento dentro de la relación de pareja y cómo estas impactan el proceso de adaptación ante la enfermedad.

De hecho, varios señalaron que hablar de la enfermedad podría intensificar las preocupaciones y hacer más difícil el proceso, por lo que decidir no profundizar en esos temas se volvió una forma de manejar la carga emocional. Así, la forma de integrar la enfermedad en la vida diaria no fue hablando directamente de los miedos, sino estando presentes, apoyándose mutuamente y creando juntos un ambiente que les permitiera sentirse más tranquilos y afrontar mejor la situación.

Por otra parte, Yue et al. (2025) plantearon que en estos procesos son los cónyuges quienes adoptan estrategias proactivas en búsqueda de tratamientos, mientras que los pacientes suelen ser pasivos frente a la enfermedad y contemplan la renuncia al tratamiento. Lo anterior difiere con los hallazgos de la presente investigación, donde se evidenció que las mujeres mantuvieron una actitud activa y comprometida frente a su proceso, mostrando disposición e interés constante por cumplir con los procedimientos y seguir las indicaciones médicas. Esta proactividad reflejó un modo de afrontamiento que favoreció una mejor adaptación frente a la enfermedad.

Por último, durante las entrevistas emergió la religiosidad como una estrategia de afrontamiento central para los participantes, aun cuando no había sido considerada inicialmente dentro de las categorías de análisis. La mayoría de las parejas relataron que la fe no sólo les ofrecía consuelo en los momentos más difíciles, sino que además se convirtió en un espacio compartido que las unía, pues realizaban juntos diversas prácticas espirituales que les permitían sentirse

acompañados y sostenidos mutuamente. Esta dimensión espiritual les daba la sensación de poner el proceso en manos de algo más grande que ellos, pero también reforzaba su vínculo al vivir la fe como un recurso construido y practicado de manera conjunta. Esto coincide con lo expuesto por McGoldrick, Pearce y Giordano (1982, como se citó en Rolland, 2000), quienes plantean que las creencias religiosas influyen de forma significativa en cómo las personas y sus familias comprenden y atraviesan la enfermedad, influyendo en los roles de cuidado, la comunicación y los rituales que acompañan cada etapa. Así, la religiosidad se configuró como un elemento protector que no solo brindó apoyo emocional, sino que también fortaleció la cohesión de las parejas durante el proceso oncológico.

Por otro lado, se reconoce como un hallazgo relevante el aporte metodológico de la entrevista a profundidad, la cual no solo permitió la recolección de información significativa, sino que se constituyó en un escenario de liberación emocional y de emergencia de discursos que no habían sido expresados previamente en otros contextos. Esta técnica facilitó procesos reflexivos profundos y reveladores para los participantes, evidenciando su potencial transformador en investigaciones de corte cualitativo en el ámbito oncológico. Finalmente, se destaca la importancia del apoyo de la pareja como un factor protector y facilitador en el proceso de afrontamiento, adherencia a los tratamientos médicos y tránsito por la enfermedad, lo que subraya la pertinencia, para la psicología en contextos oncológicos, de generar espacios de atención dirigidos también a las parejas, promoviendo intervenciones que favorezcan el encuentro, la comunicación abierta de pensamientos y emociones, así como la reflexión y gestión conjunta de las experiencias asociadas a la enfermedad.

Teniendo en cuenta la discusión realizada anteriormente se exponen las conclusiones obtenidas en la presente investigación.

Los relatos de las parejas mostraron que la experiencia del cáncer no se vive únicamente desde el cuerpo o desde los síntomas, sino desde un conjunto de significados que cada persona va construyendo a partir de su historia, su cultura y aquello que ha escuchado o aprendido a lo largo de su vida. Lo que cada uno sabía o creía saber sobre el cáncer se convirtió en el punto de partida desde el cual imaginaron riesgos, anticiparon desenlaces y trataron de darle sentido a una situación tan compleja. A lo largo del proceso, estos significados no permanecieron estáticos, pues se transformaron a medida que avanzaban los tratamientos, aparecían nuevas emociones o la realidad misma les exigía reinterpretar lo que estaban viviendo. Así, la experiencia de cáncer en estas parejas se reveló como un proceso en donde las interpretaciones personales y los significados culturales se entrelazan y dan forma a la vivencia. Así, lo que revela este estudio es que el cáncer no solo desafía al cuerpo, sino también a las narrativas que sostienen a las personas, recordando que la interpretación de la enfermedad es un proceso vivo, influido por la cultura, pero también capaz de ser reconstruido desde la experiencia misma.

La experiencia emocional de estas parejas mostró que el cáncer reordena la vida afectiva y la dinámica cotidiana, generando emociones intensas que van desde el miedo y la incertidumbre inicial hasta la ansiedad persistente frente a la posibilidad de una recaída. Para las mujeres, los cambios físicos y los efectos secundarios del tratamiento las llevaron a enfocarse en sí mismas y a centrar sus recursos en sobrevivir el proceso, lo que hizo que su capacidad de ofrecer apoyo emocional a su pareja disminuyera, no por falta de amor, sino por la exigencia psicológica y corporal de la enfermedad. En este escenario, los hombres se convirtieron en un eje de calma y sostén pues, su presencia, su compromiso y su disponibilidad afectiva funcionaron como un ancla emocional que permitió transitar los momentos de mayor vulnerabilidad. Aunque la literatura plantea que el apoyo mutuo suele ser equilibrado, en estos relatos se evidenció una diferencia

comprensible, donde el acompañamiento iba dirigido principalmente hacia las mujeres, y aun así lograba disminuir el estrés y favorecer la adaptación. En conjunto, estas historias revelan que el afrontamiento emocional del cáncer se sostiene en una mezcla de miedo, esperanza y amor, donde la contención de la pareja se vuelve un recurso esencial para transitar la enfermedad y mantener viva la sensación de seguridad, incluso cuando la mutualidad no puede darse en condiciones iguales.

Por último, las experiencias de las parejas mostraron que el afrontamiento del cáncer se construyó desde la aceptación, el apoyo mutuo y una forma de estar juntos. Aunque no hablaran directamente de la enfermedad, esta decisión funcionó como una manera de proteger la cotidianidad y evitar que el cáncer ocupara todo el espacio emocional, permitiéndoles sostener el vínculo sin perderse en el miedo o la preocupación constante. Además, se evidenció una flexibilidad psicológica, donde el uso del humor, el respeto por los espacios personales y una mirada sencilla sobre la vida actuaron como recursos protectores que aliviaron la carga emocional y favorecieron una convivencia más armónica. Al mismo tiempo, la religiosidad emergió como un recurso profundamente significativo, pues las prácticas espirituales compartidas no solo les brindaban consuelo y esperanza, sino que también fortalecían su sentido de unidad al enfrentar el proceso desde una fe común. En medio de todo esto, las mujeres asumieron un rol proactivo frente a su tratamiento, participando activamente en las decisiones médicas y mostrando una disposición constante hacia su recuperación, lo que fortaleció su capacidad de adaptación y dio forma a un afrontamiento resiliente. En síntesis, estas estrategias permitieron que las parejas no solo atravesaran la enfermedad, sino que construyeran una manera propia y funcional de enfrentarla, integrando el cáncer a su rutina sin perder la conexión emocional ni la esperanza.

Ahora bien, el presente estudio presenta ciertas limitaciones que es necesario reconocer. En primer lugar, la investigación se realizó en un momento puntual del proceso de la enfermedad, específicamente en la etapa de remisión. Esto restringe la posibilidad de observar las transformaciones que las parejas pueden experimentar a lo largo del tiempo y en distintas fases del proceso oncológico, como el diagnóstico, el tratamiento activo o la recurrencia, lo que sugiere que sería relevante incluir estos momentos en futuros estudios para comprender las variaciones emocionales y relacionales a lo largo del proceso.

En segundo lugar, la investigación se centró exclusivamente en el cáncer de mama femenino, dejando por fuera otras configuraciones de pareja, tipos de cáncer o contextos culturales que podrían aportar perspectivas diferentes sobre el afrontamiento conjunto, la carga emocional y la resiliencia diádica.

Por último, reconociendo que la sexualidad y la intimidad constituyen aspectos fundamentales en las dinámicas de pareja, esta dimensión no fue abordada de manera puntual en el presente estudio. En las narrativas obtenidas tampoco emergieron de forma espontánea referencias a dificultades relacionadas con la vida sexual o íntima, lo que limita la comprensión de este componente dentro de la experiencia de enfermedad. Por lo que se sugiere que futuras investigaciones profundicen explícitamente en este tema.

En cuanto a las recomendaciones, se sugiere que futuras investigaciones amplíen la muestra, incorporando parejas provenientes de distintos contextos socioculturales y considerando diferentes tipos de cáncer, con el fin de explorar cómo varían las experiencias y las estrategias de afrontamiento según las particularidades de cada situación. Asimismo, sería valioso incluir parejas con diversas configuraciones vinculares, permitiendo visibilizar la diversidad de dinámicas y significados que pueden surgir alrededor de la enfermedad.

Asimismo se recomienda complementar las entrevistas en pareja con entrevistas individuales, ya que la presencia del otro miembro pudo haber inhibido la expresión de temas sensibles como confesiones de conflicto, insatisfacción sexual o emociones ambivalentes asociadas al rol de cuidador/a. Asimismo, sería pertinente incluir parejas que no hayan permanecido unidas durante el proceso oncológico, pues en este estudio participaron únicamente parejas que continuaban juntas, lo que excluye experiencias de ruptura, abandono, sobrecarga extrema o distanciamiento. Ampliar la diversidad de la muestra permitiría evitar un posible sesgo estructural hacia parejas resilientes y ofrecer una comprensión más completa de las diferentes trayectorias relacionales frente al cáncer.

Por otro lado, se sugiere que en futuras investigaciones se indague si las estrategias de afrontamiento identificadas en los participantes corresponden a patrones previamente consolidados o si surgieron específicamente a lo largo del proceso de enfermedad. Esto permitiría comprender cómo, dentro de la dinámica de pareja, emergen y se articulan distintas formas de afrontar la enfermedad y procesos de adaptación, así como identificar qué estrategias se fortalecen, se transforman o se generan a partir de la experiencia compartida.

De manera específica, se recomienda que futuros psicólogos clínicos y profesionales en formación presten especial atención a las diferentes dinámicas presentes en las estrategias de afrontamiento de las parejas que atraviesan procesos oncológicos. Comprender estas dinámicas desde una perspectiva sistémica puede aportar herramientas fundamentales para el acompañamiento emocional de la pareja, y no únicamente del paciente o del cuidador de manera individual. En este sentido, se sugiere que los programas académicos de psicología incluyan dentro de su plan de estudios formación en intervención con parejas y familias en el contexto oncológico, dado que los estudiantes, durante su práctica clínica, suelen enfrentarse a casos como estos.

Asimismo, se propone que los profesionales de la salud que trabajan con pacientes oncológicos, incluyendo psicólogos, médicos, psiquiatras, enfermeros y trabajadores sociales, integren una mirada que considere la experiencia de la pareja como unidad relacional, y no únicamente como paciente y cuidador. Esto permitiría ofrecer una atención más integral, que contemple el impacto emocional compartido, las cargas del rol de cuidado y las necesidades afectivas de ambos miembros de la relación.

En relación con la sexualidad, se recomienda que futuras investigaciones aborden este aspecto de la relación, ya que, por reducir la probabilidad de movilización emocional que implica este tema, no fue profundizado en la presente investigación. La sexualidad constituye un aspecto relevante en la vivencia de la pareja durante el cáncer; sin embargo, sigue siendo un tema poco explorado en la práctica clínica y en la literatura, por lo que se considera pertinente promover investigaciones que permitan comprender cómo se transforma este ámbito y cómo influye en el bienestar emocional y relacional desde procesos de investigación que permitan acompañar posteriormente a los participantes de una forma ética y cuidadosa respondiendo a los efectos que la expresión emocional pueda generar hablar de su sexualidad en ellos.

Desde el ámbito aplicado, los resultados de este estudio pueden servir como base para diseñar programas de intervención psicoeducativa y terapias dirigidas específicamente a parejas, fortaleciendo la comunicación, la adaptabilidad, el afrontamiento conjunto y la resiliencia. De igual forma, se plantea la necesidad de crear espacios terapéuticos donde la pareja pueda tener una voz propia, más allá del rol tradicional de paciente–cuidador, reconociendo que la relación constituye un recurso clave para la adaptación y el bienestar emocional durante el proceso oncológico.

Finalmente, se recomienda que las instituciones de salud integren de manera sistemática la atención psicológica, en donde se incluya a la pareja de la persona con cáncer dentro del proceso de intervención terapéutica, entendiendo que el cáncer transforma la dinámica familiar y relacional. Brindar acompañamiento emocional conjunto puede contribuir significativamente a mejorar la calidad de vida y favorecer el crecimiento personal y vincular, promoviendo una visión más humana y relacional del proceso de enfermedad.

REFERENCIAS

Adriansen, H. K. (2012). Timeline interviews: A tool for conducting life history research. *Qualitative Studies*, 3(1), 40–55. <https://doi.org/10.7146/qs.v3i1.6272>

Aignerren, M. (1999). Análisis de contenido. Una introducción. La Sociología en sus escenarios, (3).

Aragón, R. S., Hernández, L. G., & Flores, C. P. (2021). Predictores emocionales y conductuales de la mutualidad en la pareja con cáncer. *Psicología y Salud*, 71-83.

Bar-Moshe-Lavi, L., Hertz-Palmor, N., Sella-Shalom, K., Braun, M., Pizem, N., Shacham-Shmueli, E., Rafaeli, E., & Hasson-Ohayon, I. (2024). Actor-partner effects of personality traits and psychological flexibility on psychological distress among couples coping with cancer. *Behavioral Sciences*, 14(1161). <https://doi.org/10.3390/bs1412116>

Bardin, L. (2002). Análisis de contenido. Ediciones Akal.

Bausela, E. (2024). Manual de psicooncología: Tratamientos psicológicos en pacientes con cáncer (5a ed.). *Revista De Psicopatología y Psicología Clínica*, 29(1), 93-94.
<https://doi.org/10.5944/rppc.37999>

Battaglia, M., Sampling, N., & Lavrakas, P. J. (2008). *Encyclopedia of Survey Research Methods*. Sage Publications.

Berger, P.L. and Luckmann, T. (1966) *The Social Construction of Reality: A Treatise in the Sociology of Knowledge*. Doubleday & Company, New York.

Berrios Huss, V. (2010). Photo elicitation: una herramienta para recordar el pasado. VII Congreso Chileno de Antropología, Colegio de Antropólogos de Chile A. G.
<https://www.aacademica.org/vii.congreso.chileno.de.antropologia/5>

Biggs, A., Brough, P., & Drummond, S. (2017). Lazarus and Folkman's psychological stress and coping theory. *The handbook of stress and health: A guide to research and practice*, 349-364.

Chen, X., Wang, Z., Zhou, J., Lin, C., Luo, H., Zhao, J., ... & Li, Q. (2023). The impact of self-perceived burden, caregiver burden, and dyadic coping on negative emotions in colorectal cancer patient-spousal caregiver dyads: a dyadic analysis. *Frontiers in psychology*, 14, 1238924.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1238924>

Congreso de Colombia. (2024). *Ley 2360 de 2024*, por la cual se establecen lineamientos para la atención integral de las personas que padecen cáncer y se dictan otras disposiciones. 15 de enero de 2024.

Congreso de Colombia. (2006). *Ley 1090 de 2006. Por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de Psicología, se dicta el código deontológico y bioético y otras disposiciones*. Diario Oficial No. 46.383.

<https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=66205>

Cruz Santana, J. J. (2017). El concepto de experiencia en Victor W. Turner, E. P. Thompson y Anthony Giddens: Un diálogo entre antropología social, historia y sociología. *Sociología Histórica*, 7, 345-375.

Cruz-Vargas, D. J., Y Sánchez-Aragón, R. (2021). Empatía y amor compasivo en el bienestar subjetivo y resiliencia de pacientes con cáncer y sus parejas. *Psicología y Salud*, 17-30. <https://doi.org/10.25009/pys.v31i3.2725>

Cuenta de Alto Costo [CAC]. (2024, 19 de octubre). *Día mundial del cáncer de mama*. <https://cuentadealtocosto.org/noticias/dia-mundial-del-cancer-de-mama/>

Díaz-Heredia, L. P., Bueno-Robles, L. S., Beltrán, M. P. B., & Torres, M. P. P. (2024). Experiences of Women With Breast Cancer and Their Partners in Achieving Coherence as a Couple During the Disease Journey. *Nursing For Women S Health*, 28(2), 135-142. <https://doi.org/10.1016/j.nwh.2023.10.005>

Duan, X., Shao, Y., Zhao, S., Zhang, Z., Chen, Y., Wang, F., & Yang, X. (2025). Effects of dyadic coping on post-traumatic growth in patients and couples with breast cancer: An analysis based on the actor-partner interdependence model. *Supportive Care in Cancer*, 33, 62. <https://doi.org/10.1007/s00520-024-09091-0>

Escalante Hernández, H. E., Montoya Zapata, C. P., & Arias-Rojas, M. (2022). Adopción del rol y calidad de vida de cuidadores de pacientes oncológicos en Medellín, Colombia. *Avances en Enfermería*, 40(1), 89-100. <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v40n1.98705>

Fernández, A. C. (2016). El sentido de la investigación cualitativa. *EA, Escuela abierta: revista de Investigación Educativa*, (19), 33-48.

Fugmann, D., Boeker, M., Holsteg, S., Steiner, N., Prins, J., & Karger, A. (2022). A Systematic Review: The Effect of Cancer on the Divorce Rate. *Frontiers In Psychology*, 13. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.828656>

Fuster, D. E. (2019). Investigación cualitativa: Método fenomenológico hermenéutico. *Propósitos y Representaciones*, 7(1), 201–229. <https://doi.org/10.20511/pyr2019.v7n1.267>

Granillo-Velasco, L. F., y Sánchez-Aragón, R. (2021). Satisfacción marital en pacientes oncológicos: su relación con los eventos hirientes y la calidez brindada por su pareja. *Psicología y Salud*, 57-70. <https://doi.org/10.25009/pys.v31i3.2728>

Guitart, M. (2009). Hacia una psicología cultural. Origen, desarrollo y perspectivas. *Rev Universidad Nacional de San Luis*, 1, 7-23.

Heath, F., Ockerman, K., Wiesemann, G. S., Safeek, R., Heath, M., Momeni, A., ... & Sorice-Virk, S. (2025). Changes in Relationship Dynamics in Men and Women After Receiving the Diagnosis of Breast Versus Prostate Cancer: A Population-based Study. *Plastic and Reconstructive Surgery–Global Open*, 13(2), e6494.

Hernández Herrera, I., Gallardo-Vidal, L. S., Reyes-Chavez, P. D., Flores-Bautista, P., Rodríguez Carranza, T. P., & Aguilar Etchegaray, M. F. (2024). La funcionalidad conyugal como factor asociado con las diferentes estrategias de afrontamiento al cáncer de mama. *Psicooncología*, 21(2).

Herreras, E. B. (2024). El desafío del cáncer. Vivencias y estrategias psicológicas con las que afrontar la enfermedad para pacientes y acompañantes. *Revista De Psicopatología y Psicología Clínica*, 29(2), 195-197. <https://doi.org/10.5944/rppc.38539>

Hirayama, K., Kuribara, T. y Oshikiri, M. (2023). Experiencias de los cuidadores conyugales de pacientes con cáncer durante la quimioterapia paliativa: un estudio descriptivo cualitativo. *BMC Palliat Care* 22 , 188 . <https://doi.org/10.1186/s12904-023-01313-2>

Ihrig, A., Hanslmeier, T., Grüllich, C., Zschäbitz, S., Huber, J., Greinacher, A., ... & Maatouk, I. (2022, February). Couples coping with advanced prostate cancer: An explorative study on treatment decision making, mental deterioration, partnership, and psychological burden. In *Urologic Oncology: Seminars and Original Investigations* (Vol. 40, No. 2, pp. 58-e17). Elsevier.

Instituto Nacional de Cancerología. (2023). *Anuario estadístico 2023*. Bogotá, D. C.: INC.Secretaría de Salud de Cali. (2023). *Salud Pública conmemora el 'Día Mundial contra el Cáncer'*.[https://www.cali.gov.co/salud/publicaciones/174078/salud-publica-conmemora-el-dia-mundial-contra-el-cancer/#:~:text=Durante%202021%2C%20en%20Cali%20la,nacional%20\(17%2C2\)](https://www.cali.gov.co/salud/publicaciones/174078/salud-publica-conmemora-el-dia-mundial-contra-el-cancer/#:~:text=Durante%202021%2C%20en%20Cali%20la,nacional%20(17%2C2))

Instituto Nacional de Cancerología. El cáncer. Aspectos básicos sobre su biología, clínica, prevención, diagnóstico y tratamiento. Fecha de consulta: Mayo 20 de 2013.

Instituto Nacional del Cáncer. (2024, 27 de abril). *Estadísticas del cáncer*. Cancer.gov.
<https://www.cancer.gov/espanol/cancer/naturaleza/estadisticas>

Instituto Nacional del Cáncer. (s.f.). *¿Qué es el cáncer?* Instituto Nacional del Cáncer.
<https://www.cancer.gov/espanol/cancer/naturaleza/que-es>

Kleinman, A. M. 1988. *The Illness Narratives: Suffering, Healing, and the Human Condition*. Nueva York, Basic Books.

Krok, D., Telka, E., & Moroń, M. (2023). Marital satisfaction, partner communication, and illness acceptance among couples coping with breast cancer: A dyadic approach. *Psycho-Oncology*, 32(8), 1240-1247.

Lang, P. J. (1968). Fear reduction and fear behavior: Problems in treating a construct. En J. U. H.Shilen (Ed.), *Research in psychotherapy*, (Vol. 3, pp. 90-102). Washington: American Psychological Association.

Lehto U- S, Aromaa A, Tammela T. (2023). Psychological recovery and well- being of spouses of patients with prostate cancer 5 years after primary treatment in Finland: a follow- up survey. *BMJ Open* 2023;13:e063435. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-063435>

Liao, Z., Wang, C., Lan, X., Wu, J., Yuan, X., Wu, Y., & Hu, R. (2023). Never forsake—The positive experiences of dyadic coping among patients with acute leukemia and their spouses: A qualitative study. *European Journal of Oncology Nursing*, 62, 102262.

Leo, K., Langer, S. L., Porter, L. S., Ramos, K., Romano, J. M., Baucom, D. H., & Baucom, B. R. W. (2024). Couples communication and cancer: Sequences and trajectories of behavioral affective processes in relation to intimacy. *Journal of Family Psychology*, 38(2), 246–259. <https://doi.org/10.1037/fam0001178>

Lyons, K. S., Flatley, C., Gorman, J. R., Hanan, D. M., & Hayes-Lattin, B. (2022). Challenges experienced and resources identified by young to midlife couples 1–3 years post-cancer diagnosis. *Psycho-Oncology*, 31(1), 116-121.

Ma, H., Cariola, L., & Gillanders, D. (2025). Exploring the role of psychological flexibility in relationship functioning among couples coping with prostate cancer: a cross-sectional study. *Supportive Care in Cancer*, 33(3), 1-17.

Megia, F. y. G. (2023, 2 octubre). Comunicación conyugal predominante en cáncer de mama. <http://repositorio.ugto.mx/handle/20.500.12059/9918>

Mestrinho, B. V., Da Motta Vilalva Mestrinho, V. M., & De Oliveira, R. V. L. (2024). Fenômeno sexless marriage, câncer de próstata e bioética. *Revista Bioética*, 32. <https://doi.org/10.1590/1983-803420243765pt>

Ministerio de Salud de Colombia. (1993). *Resolución 008430 de 1993. Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud*. Diario Oficial No. 41.148. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/lists/bibliotecadigital/ride/de/dij/resolucion-8430-de-1993.pdf>

Moriña, A. (2003). Diversidad en la escuela: Diseño, Desarrollo y Valoración de una propuesta de formación para el profesorado. Tesis Doctoral, Tomo I, Universidad de Sevilla.

Mumuni, S., O'Donnell, C., & Doody, O. (2024). The experiences and perspectives of persons with prostate cancer and their partners: A qualitative evidence synthesis using meta-ethnography. *Healthcare*, 12(15), 1490. <https://doi.org/10.3390/healthcare12151490>

Organización Mundial de la Salud. (3 de febrero de 2022). *Cáncer*.
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer>

Parrilla, A. (2000). Proyecto docente e investigador II. Cátedra de Universidad, Universidad de Sevilla

Pineda-Flores, C., Gálvez-Hernández, C. L., Robles-García, R. y Riveros-Rosas A. (2023). Percepción por edad entre maridos de mujeres con cáncer de mama: ajuste diádico, apoyo de pareja y calidad de vida relacionada a la salud. *Psicooncología*, 20(2), 345-355.
<https://doi.org/10.5209/psic.91520>

Rolland, J. S. (2000). *Familias, enfermedad y discapacidad: Una propuesta desde la terapia sistémica*. Editorial Gedisa.

Rosdiana, M., Y Afiyanti, Y. (2022). Adaptaciones sexuales y sociales de las parejas masculinas indonesias de supervivientes de cáncer ginecológico. *Enfermería Clínica (English Edition)*, 32(5), 344-350. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2021.09.009>

Rosetti, D. L. (2018). Emoción y sentimientos. *Buenos Aires: Planeta*.

Sandoval, C. (1996). La formulación y el diseño de los procesos de investigación social cualitativos. En C. Sandoval, *Investigación cualitativa* (pp. 111-128). Bogotá: Instituto Colombiano para el Fomento de Educación Superior

Santiago-Silva, D.Z. y Sánchez-Aragón, R. (2021). La empatía y el apoyo de la pareja como factores protectores del estrés en pacientes con cáncer. *Psicología y Salud*, 85-96.
<https://doi.org/10.25009/pys.v31i3.2730>

San Cornelio, G., Roig, A., y Foglia, E. . (2022). La línea de tiempo como herramienta de visualización y co-diseño de historias. *Kepes*, 19(26), 507–541.
<https://doi.org/10.17151/kepes.2022.19.26.16>

Simons, D. J. (1996). In sight, out of mind: When object representations fail. *Psychological Science*, 7, 301-305

Smith, A., & Jones, B. (2021). Exploring couple dynamics in health contexts: Implications for policy and intervention. *Journal of Health Psychology*, 26(6), 811-823.

Ștefănuț, A. M., Vintilă, M., Bădău, L. M., Grujić, D., Oprean, C. M., Goian, C., & Sârbescu, P. (2023). Perception of disease, dyadic coping, and the quality of life of oncology patients in the active treatment phase and their life partners: an approach based on the actor-partner interdependence model. *Frontiers in Psychology*, 14, 1069767. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1069767>

Sternberg, R. J. (1986). *A triangular theory of love*. *Psychological Review*, 93(2), 119–135. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.93.2.119>

Valoras UC. (2007). *¿Qué son las habilidades socioafectivas y éticas?* Centro de Recursos Educarchile. Recuperado de <https://centroderecursos.educarchile.cl/server/api/core/bitstreams/ee306d60-ea96-41ae-a9e2-fd1e0de7d75f/content>.

Vygotsky, L. (1934-1993) “Pensamiento y Lenguaje”. En Obras escogidas. TII Madrid: Visor

Wang, Y. F., Liu, A. K., Dai, J. Z., Zhang, J. P., Chen, H. H., Jiang, X. H., ... & Yang, Q. H. (2024). The effect of illness perception on psychosocial adjustment of patients with breast cancer and their spouses: actor–partner independence model. *BMC psychology*, 12(1), 310.

Wei, T., Feng, Q., Hu, S., Ni, P., Zhuang, D., & Yu, S. (2024). Dyadic coping and related factors among couples with colorectal cancer: A latent profile analysis. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*, 11(10), 100571. <https://doi.org/10.1016/j.apjon.2024.100571>

Yue, X., Wang, Y., Zheng, R., & Li, L. (2025). The coping experiences in patients with hepatocellular carcinoma and their spouses following postoperative recurrence: A dyadic qualitative study. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*, 100665.

Zhang, T., Yan, P., Huang, Z., Liu, L., Zhou, Y., Xiao, Y., ... & Gu, C. (2024). Interrelation between dyadic coping and psychological resilience among cervical cancer couples in Northwest China: An Actor-Partner interdependence model. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*, 11(12), 100615. <https://doi.org/10.1016/j.apjon.2024.100615>

Zhang, T., Yan, P., Wong, C. L., Huang, Z., Xiao, Y., Ma, G., ... & Gu, C. (2025). Psychological resilience, dyadic coping, and dyadic adjustment in couples dealing with cervical cancer in Northwest China: A cross-sectional study. *European Journal of Oncology Nursing*, 74, 102785.

Zambrano-Albán, A. T., & Vega-Intriago, J. O. (2022). Afectación psicológica y social en las familias de los pacientes con cáncer. *Polo del Conocimiento*, 7(5), 427-442

ANEXOS

Anexo a. Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA POBLACIÓN MAYORES DE EDAD

Estimado(a) participante:

Desde la asignatura Trabajo de Grado I a cargo por el docente Ana Marcela Uribe, las estudiantes Laura Sofía González, Valentina Kairuz y Laura María Rodríguez, pertenecientes a la Pontificia Universidad Javeriana Seccional Cali, están llevando a cabo la investigación “*Experiencias en pareja donde uno de sus integrantes ha sido diagnosticado con cáncer de mama*”, dada la importancia de comprender el impacto emocional y relacional que tiene el cáncer en la vida de pareja, esta investigación busca visibilizar cómo la enfermedad afecta la dinámica afectiva, la comunicación y las estrategias de afrontamiento entre los cónyuges, con el fin de aportar al diseño de intervenciones psicosociales más integrales y sensibles a esta experiencia compartida. Así pues, el objetivo general de este estudio es comprender la experiencia en pareja donde uno de sus integrantes ha sido diagnosticado con cáncer, explorando desde una perspectiva cualitativa los significados, emociones y recursos que emergen a lo largo del proceso. La investigación se llevará a cabo mediante entrevistas semi estructuradas apoyadas por medio de técnicas como la foto-elicitación, en donde se hará uso de la herramienta *De Adentro Hacia Afuera* y la construcción de una línea de tiempo. Posteriormente, se realizará el análisis de contenido de los datos obtenidos con el apoyo de la herramienta Atlas.ti. Por otro lado, los resultados serán socializados con directivos y docentes universitarios. Asimismo, se realizará una socialización grupal dirigida a los participantes del estudio, con el fin de compartir con ellos los principales hallazgos de la investigación.

Se le invita a participar en la investigación, la cual consiste en la realización de una entrevista semiestructurada, acompañada del desarrollo de una línea del tiempo en la que usted podrá registrar los hitos más significativos vividos a lo largo del proceso de la enfermedad. La entrevista tendrá una duración aproximada de 60 minutos. Los beneficios de su participación incluyen la oportunidad de reflexionar y resignificar su experiencia junto a su pareja, así como la devolución grupal de los principales hallazgos de la investigación, lo cual puede contribuir a una mayor comprensión de los recursos y estrategias utilizadas durante el proceso de enfermedad. Su participación también aportará al diseño de futuras intervenciones psicosociales orientadas a apoyar a otras parejas en situaciones similares.

Los posibles riesgos incluyen la aparición de malestar emocional al recordar experiencias difíciles asociadas al diagnóstico, tratamiento o adaptación a la enfermedad. No obstante, durante toda la entrevista se

garantizará un ambiente de respeto y contención emocional. Además, contará con una ruta de atención en crisis y contactos de remisión en caso de requerir acompañamiento psicológico adicional. Su participación es completamente voluntaria y podrá retirarse en cualquier momento sin que esto implique consecuencias negativas.

Antes de aceptar o rechazar su participación en la investigación, debe de tener en cuenta lo siguiente:

- La decisión de participar en la investigación es completamente PERSONAL, LIBRE y VOLUNTARIA.
- Sus datos personales y la información obtenida son completamente CONFIDENCIALES, por el contrario, se utilizará un CÓDIGO/PSEUDÓNIMO para identificarlo. En tal sentido, la información no se revelará en la institución, usando nombres propios o datos sociodemográficos que pueda identificarte.
- En el transcurso del estudio usted podrá SOLICITAR información actualizada sobre el mismo.
- En el transcurso del estudio tú podrás RETIRARTE en cualquier momento, sin necesidad de informar tus razones.
- Se proporcionará el protocolo de atención en crisis en caso de que se presente alguna situación en la que la persona se sienta vulnerada.
- No recibirá ningún beneficio económico por su participación.
- No tendrá que hacer un gasto económico durante su participación.
- En caso de que los autores de la investigación consideren la posibilidad de escribir artículos para su publicación, los resultados figuran de modo general o particular, sin especificar nombres de los participantes o de la institución.

Una vez leída y comprendida la información anterior en pleno uso de mis capacidades, manifiesto mi participación en la investigación. En tal sentido, la firma del consentimiento informado implica autorización para realizar INSTRUMENTOS QUE SE VAN A APLICAR.

Yo, _____, identificado con CC _____ declaro que he sido informado(a) de los objetivos, fines del presente estudio a realizar por estudiantes de la Pontificia Universidad Javeriana Cali. Y obrando en forma AUTÓNOMA Y CONSCIENTE, ACEPTO la participación en esta investigación. Se firma a los días ____ del mes _____ del año 20____.

Firma del participante.

Firma de los estudiantes.

Firma de la dirección del trabajo de grado

Anexo B. Protocolo de atención en crisis

FECHA:	SEMESTRE ACADÉMICO: 2025-1
PROGRAMA ACADÉMICO: PSICOLOGÍA	
NOMBRE ASIGNATURA: TRABAJO DE GRADO I	
NOMBRE ESTUDIANTE: Laura María Rodríguez Gaviria	CODIGO: 8968137
NOMBRE ESTUDIANTE: Laura Sofía González Ñañez	CODIGO: 8963775
NOMBRE ESTUDIANTE: Valentina Kairuz Villamarín	CODIGO: 8966651

Elaborado por:
Grupo de Investigación Bienestar, Trabajo, Cultura y Sociedad (BITACUS)
Pontificia Universidad Javeriana de Cali

A continuación, se presenta un plan de apoyo para la intervención en crisis y remisión a soporte profesional, que debe ser desarrollado por los/as investigadores en caso de que alguno de los participantes del estudio, presente una crisis durante el desarrollo de: la aplicación de los cuestionarios, las entrevistas, grupos focales y requiera acompañamiento psicológico.

Se resalta que la estrategia a implementar contará con el apoyo de la red de servicios de cada una de las instituciones universitarias vinculadas o el servicio personal de cada participante; los/as investigadores actuarán, en caso de ser necesario, como un canal de orientación para el acceso a estos servicios.

Adicionalmente, se deja claro que el propósito de este protocolo de atención en crisis, es tener las instrucciones y ruta de apoyo, para remitir a el participante y que sea atendido en la red de IPS que atienden las EPS, en tal sentido, se informa los contactos de los consultorios Psicológicos gratuitos de la ciudad y el contacto de algunos Psicólogos en caso de ser necesario.

Contactos del Servicio Psicología de IPS

EPS	IPS	Teléfono	Dirección
EPS Sanitas	Centro Médico Flora Industrial: Carrera 5 Nte # 55A-39. Lunes a viernes 6:00–20:00; sábado hasta las 18:00 Centro Médico Cali (Cra 43A): Carrera 43A # 5C-104. Mismos horarios	3202550525 Línea local Cali: (602) 398 9340	Calle 25 # 37-49, atención L a S 7:00-19:00
Salud Total EPS	Sede Manzanares: Carrera 1ª # 46-87. Lunes a viernes 6:00–21:30; sábados 6:20–12:30 Sede Av. Roosevelt: Av. Roosevelt (centro). Horario no detallado; confirmación necesaria	018000114524	Carrera 1ª # 46-87
Nueva EPS	IPS Calle 26 IPS Capitolio: Calle 5 # 66B-67. Mismos horarios que Calle 26	018000954400 Marcar #961 (operadores Claro, Movistar, Tigo)	Calle 5 # 66B-67

Contactos de Consultorios Psicológicos Estudiantiles en la ciudad

Nombre	Universidad	Teléfono	Dirección
CAPSI	Universidad Icesi	312 3486077	Carrera 9 No. 9-49, segundo piso, Cali
Centro de Atención en Salud Mental USB OSD	Universidad San Buenaventura Cali	(602) 488 2222 Exts: 424 – 611	Carrera 122 No. 6-65, La Umbría (vía a Pance), Cali

Bienestar Universitario – Área de salud, consulta psicológica	Universidad Santiago de Cali	5183000 Ext 382	Calle 5 No. 62-00, Barrio Pampalinda, Cali
---	------------------------------	-----------------	--

Plan de apoyo:

- “ Antes de iniciar la aplicación de los cuestionarios, las entrevistas, grupos focales, los/as investigadores conocerán los centros de bienestar de las universidades que atienden la población externa, si son estudiantes de la PUJ, los investigadores informarán acerca de las características de la investigación y la posibilidad que algunos de los participantes sean remitidos allí en caso de ser necesario. Lo anterior, tiene el propósito de anticipar alguna emergencia y estar preparado para ella.
- “ Durante el desarrollo de la recolección de la información, los/as investigadores estarán atentos a las manifestaciones que puedan presentar los participantes y en caso de observar que la persona requiere alguna atención profesional, seguirá los siguientes pasos:
 1. Apagar la grabación de audio o suspender la aplicación del instrumento de recolección de información.
 2. Determinar la necesidad prioritaria del participante (observando los signos físicos y psicológicos que requieran atención).
 3. Realizar una contención emocional, teniendo en cuenta la necesidad evidenciada (tomar agua, respirar, preguntas de contención).
 4. Comunicarse con los investigadores principales para analizar el caso y determinar si el participante requiere o no acompañamiento psicológico y si puede o no continuar con el desarrollo de las entrevistas.
 5. En caso de requerir acompañamiento psicológico, se remitirá al participante al Centro de Bienestar de la Universidad sede de la entrevista o se orientará la solicitud a la entidad de salud a la que pertenezca el participante.
 6. Se realizará un seguimiento personal o telefónico del proceso.
 7. En caso de que el participante manifieste su disposición a continuar en el estudio, y de que el equipo de investigadores lo considere pertinente, se convendrá una nueva cita para reanudar el proceso de recolección de información. De lo contrario, la participante puede abandonar el proceso sin que por haya sea expuesta a ninguna repercusión.
 8. Si posterior a la terminación de la entrevista se evidencia que los participantes continúan afectados emocionalmente se les propondrá la remisión a un psicólogo, que le proporcione acompañamiento durante la consecución de la cita con la EPS o de forma independiente.

Anexo C. Instrumentos de recolección de información

TEMÁTICA	GUÍA DE PREGUNTAS ORIENTADORAS
Rapport	Muchas gracias por participar en esta investigación en primer lugar les haremos unas preguntas de carácter sociodemográfico, entonces nos gustaría saber su nombre, cuantos años tiene, género, cuántos años lleva en su relación afectiva, cuanto tiempo de convivencia, con quien vive y el tipo de diagnóstico, tratamiento recibido, tiempo de tratamiento y de la enfermedad, hace cuánto se encuentra en remisión. Ahora, una vez terminado con esto pasaremos a explicarles la actividad: A continuación, les entregaremos a cada uno, esta hoja en la que pueden evidenciar una flecha que inicia desde antes del diagnóstico (dx) hasta la actualidad la cual es una herramienta denominada “línea de tiempo”, que les facilitará ordenar los momentos importantes, por ejemplo, cuando se enteraron del dx, y en la medida que recuerde ponerle fechas desde que comenzó esta experiencia en pareja del cáncer. Puede señalar en ella los eventos que considere relevantes y a partir de ahí, conversaremos sobre cómo viviste cada etapa, ¿tiene alguna pregunta? A continuación, se presentarán las preguntas orientadoras que se abordarán a partir de los hitos que hayan registrado en su línea de tiempo Los participantes pondrán en su línea de tiempo los hitos que consideren más importantes con el fin de que ellos mismos construyan su línea del tiempo.

Información General	• ¿Cuál es su nombre? • ¿Cuántos años tiene? • ¿Cuánto tiempo llevan de relación? • ¿Cuánto tiempo llevan en convivencia? • ¿Con quién vive? • ¿Cuál es su diagnóstico? • ¿Cuál fue el tratamiento recibido? • ¿Cuánto tiempo duró el tratamiento? • ¿Hace cuánto tiempo se encuentra en remisión?

Interpretación de la experiencia de cáncer	Conocimientos previos · ¿Qué sabía sobre el cáncer antes de recibir la noticia del diagnóstico? · ¿Cómo cree que estos significados que tenía del cáncer influenciaron en la vivencia de la enfermedad? Experiencia · ¿Había vivido antes una experiencia cercana con alguien diagnosticado con cáncer? De ser así, ¿Cómo cree que esas experiencias anteriores influyeron en su manera de vivir este proceso como pareja?
--	---

Reacciones
emocionales en la
experiencia de cáncer
de pareja

Cognitivo/subjetivo

- A continuación, le vamos a mostrar unas imágenes. Por favor escoja las que considere que se asemeja a esos pensamientos que aparecieron en su mente cuando recibió la noticia del diagnóstico.
- Cuéntenos ¿Por qué escogió esas imágenes?
- ¿De qué manera cree que esta experiencia ha cambiado su forma de ver la vida o el futuro?
- Por favor escoja las cartas que considere representan los cambios en sus pensamientos a lo largo de la enfermedad

Conductual/expresivo

- ¿Qué tanto le expresaba a su pareja lo que sentía durante el tratamiento? (de acuerdo con los hitos importantes ubicados en la línea del tiempo)
- ¿De qué manera le hizo visible a su pareja lo que sentía mientras atravesaban la enfermedad?
- Podría seleccionar algunas de estas imágenes para representar lo que sentía hacia su pareja en esos momentos (de acuerdo con los hitos importantes ubicados en la línea del tiempo).

Fisiológico/adaptativo

- ¿Notó algún cambio físico en el transcurso de la enfermedad? (para integrante con cáncer) De ser así ¿Qué significaron para usted esos cambios en su cuerpo?

· ¿Notó algún cambio físico en su pareja en el transcurso de la enfermedad? De ser así ¿Qué significaron para usted esos cambios en el cuerpo de su pareja?

· ¿Qué cambios se generaron en sus hábitos o rutinas diarias a raíz de esta experiencia?

· Cuéntenme, ¿cómo cambiaron las rutinas a lo largo de la enfermedad? (de acuerdo con los hitos importantes ubicados en la línea del tiempo).

· ¿Qué hacían para manejar los momentos de malestar físico o emocional durante este proceso?

Estrategias en la
experiencia de cáncer

Procesos de comunicación

- Escoja las imágenes que representen la forma de comunicarse entre ustedes en los diferentes momentos de la enfermedad, y ubiquen estos cambios en la línea del tiempo (de acuerdo con los hitos importantes ubicados en la línea del tiempo).
- ¿Por qué escogió esa imagen?

Adaptabilidad

- ¿Qué estrategias personales considera que adquirió de esta experiencia?
- ¿Qué estrategias adquirieron en pareja de esta experiencia?
- Podría expresar ¿qué aprendizajes personales les dejó esta experiencia?
- ¿Qué aprendizajes en pareja les dejó esta experiencia?
- ¿En qué momento les implicó ser flexibles? (de acuerdo con los hitos importantes ubicados en la línea del tiempo).

Cohesión

- ¿Cuáles eran sus roles antes, y cómo cambiaron con el desarrollo de la enfermedad?
- ¿Cuáles de los hitos ubicados en la línea del tiempo fueron los momentos más difíciles para usted?
- ¿Cuáles de los hitos ubicados en la línea del tiempo fueron los momentos más difíciles para ustedes como pareja?

- ¿Cómo enfrentaron juntos los momentos difíciles?
- Actualmente que se encuentra en remisión, ¿podrían mencionar qué prácticas, rutinas y actitudes consideran que los ayudaron a sostenerse mutuamente durante esta experiencia?

Devolución de la información	Se realiza una síntesis por parte de los investigadores de la información suministrada por parte de los participantes a lo largo del encuentro, haciendo las debidas explicaciones en temas que requieran aclaración o profundización. Además, se indagará (en el pilotaje) si se considera pertinente agregar algo para que los investigadores tengan en cuenta. ¿Hay algo respecto a lo que hemos hablado, que usted quiera agregar? ¿Se escapa algo que pueda ser valioso para nosotros?
Cierre	Se le pregunta a la persona participante cómo se sintió durante la entrevista, si desea compartir algo más o si tiene alguna inquietud adicional. Posteriormente, se le agradece su participación y el tiempo brindado. Se le recuerda que la información suministrada será tratada con total confidencialidad, utilizada únicamente con fines académicos y de investigación, y que su identidad no será revelada en ningún momento del proceso. También se le reitera que puede comunicarse con el equipo investigador si desea conocer los resultados del estudio o si tiene preguntas posteriores.

Cartas De Adentro Hacia Afuera

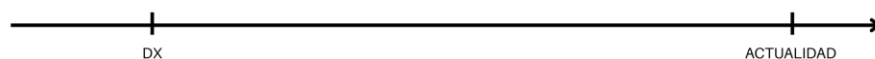
Esta es una propuesta gráfica que facilita la expresión y simbolización de sensaciones e interpretaciones en las personas que lo utilizan. Las cartas *De Adentro Hacia Afuera* serán utilizadas como una herramienta de apoyo durante las entrevistas semi estructuradas.



Línea del tiempo

Esta técnica permitirá a cada participante representar gráficamente los hitos más relevantes durante la enfermedad. Para ello, cada integrante de la pareja podrá realizar el trazo que desee para facilitar la co-construcción narrativa.

LINEA DEL TIEMPO



Anexo D. Aval ético

AVAL ÉTICO DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN, INNOVACIÓN O CREACIÓN

Registro del aval en acta del CEI No.008 -2025

Siguiendo la normativa de la Pontificia Universidad Javeriana, con su Directriz 33/2023 del Consejo Académico de la Seccional Cali, que reglamenta los Comités de Ética de la Investigación (CEI) y las normativas pertinentes nacionales e internacionales de ética en investigación en sus diversas modalidades, este CEI declara que: realizó la revisión ética detallada del proyecto y sus respectivos anexos, descritos a continuación:

Nombre del proyecto: **Experiencias en pareja donde uno de sus integrantes ha sido diagnosticado con cáncer de mama.**

Nombre de los investigadores: **Laura Sofía González, Valentina Kairuz y Laura María Rodríguez**

RESUMEN: Experiencias en parejas en donde uno de sus integrantes ha sido diagnosticado con Cáncer”, cuya pregunta problema será ¿Cómo es la experiencia en parejas de la ciudad de Cali donde uno de sus miembros ha sido diagnosticado con cáncer? Los participantes serán seis parejas mayores de edad en las que uno de sus integrantes se encuentre en etapa de remisión de cáncer y sean residentes de la Ciudad de Cali. Estos serán llamados a partir de un muestreo seleccionado. El objetivo general es: Comprender la experiencia en pareja donde uno de sus integrantes ha sido diagnosticado con cáncer. Del cual se despliegan los siguientes objetivos específicos: 1. Conocer las interpretaciones de cada uno de los miembros de la pareja de la experiencia de cáncer de uno de ellos. 2. Describir las emociones que experimentaron cada uno de los miembros durante la experiencia de enfermedad. 3. Identificar las estrategias que desarrollaron en pareja durante la experiencia de cáncer de uno de sus miembros. Para la

recolección de información se aplicará una entrevista semiestructurada a los participantes complementada con una línea del tiempo realizada de manera individual. Adicionalmente, se empleará la técnica de foto- elicitación y la herramienta proyectiva Cartas Adentro hacia Afuera, seleccionada por el valor simbólico y evocador de sus imágenes, lo cual facilitará la exploración de experiencias subjetivas ya que se busca observar el discurso de la experiencia tanto del paciente como de su pareja

Principales Consideraciones Éticas:

El CEI ha evaluado el proyecto presentado por el investigador principal y ha considerado las siguientes cuestiones éticas:

- **Respeto a la Dignidad Humana, a la vida de seres no humanos y al medio ambiente:** Se garantiza que todas las poblaciones serán tratadas con respeto y dignidad durante el desarrollo del estudio. Se establecen procedimientos claros para obtener el consentimiento informado, permisos, a que haya lugar, protegiendo la confidencialidad, confiabilidad, anonimato, veracidad de los datos obtenidos
- **Beneficencia y No Maleficencia:** Se ha evaluado cuidadosamente el balance entre los beneficios esperados del presente proyecto y los posibles riesgos. Se han tomado medidas para minimizar cualquier riesgo potencial, su respectivo abordaje y se ha asegurado que los beneficios superen los riesgos.
- **Justicia:** Se ha considerado la selección ética de los participantes humanos y no humanos, de manera adecuada, evitando conflictos de interés, garantizando que los recursos sean justos y equitativos. Se han tomado medidas para evitar cualquier forma de discriminación y se ha garantizado que los recursos se distribuyan de manera equitativa.
- **Confidencialidad y Privacidad:** Se han establecido procedimientos para proteger la confidencialidad de la información recopilada, con validez científica, Se garantiza que los datos serán tratados de manera confidencial y que se tomarán medidas para garantizar su seguridad.
-

Conclusiones del CEI:

El CEI ha revisado el proyecto en su totalidad presentado y ha determinado que cumple con los estándares éticos y regulatorios aplicables. Según la resolución 008430/1993 y otras normas y leyes éticas, este proyecto se encuentra categorizado como **RIESGO MINIMO**. Se otorga el **AVAL APROBADO** para llevar a cabo el proyecto de investigación bajo las condiciones y consideraciones establecidas en este documento, para su ejecución por un periodo de 6 M a partir de la fecha SEPTIEMBRE 2025 – FEBRERO 2026.

RECOMENDACIONES:

- En el consentimiento informado vincular el correo

eticainstitucional@javerianacali.edu.co para que los participantes puedan escribir en caso de alguna queja; así como la explicación clara de lo que se va a realizar con cada participante, objetivo, el proceso, el tiempo, lugar y todo lo que se va a realizar, beneficio, si hay riesgos como mitigarlos, como se hará la selección justa de participantes, **con lenguaje sencillo y accesible a toda la población**,. Especificar la solicitud de permiso para toma de datos personales, imágenes fijas o en movimiento, explicar como mantener el anonimato, confidencialidad, **incluir una descripción detallada sobre custodia**: persona encargada de guardar los datos, el tiempo y lugar de almacenamiento, medidas de seguridad, disposición final (uso y forma de divulgación y socialización de resultados). Especificar claramente el acceso a los datos como **datos de única vez o si se reutilizarán en futuras investigaciones**.

- Se sugiere hacer algún mecanismo para **distorsionar imágenes y voz** para evitar su identificación con el fin de mantener la confidencialidad y el anonimato.
- Cualquier situación, cambio en el proyecto o metodología, dificultad, terminación de proyecto, vencimiento de plazo o cualquier proceso que requiera **ENMIENDA**, favor comunicarla al correo eticainstitucional@javerianacali.edu.co
- Si su proyecto es de creación o tendrá productos tener en cuenta el acta de propiedad intelectual.

- Recuerden el compromiso de enviar informe final en febrero 2026 al siguiente enlace:
<https://forms.office.com/r/s7xphq5jE8>.

Firmado en el mes de agosto del año 2025, en Santiago de Cali Valle del Cauca.

Cordialmente,

Diego Agudelo

Firmado digitalmente por
Diego Agudelo Grajales

Diego Agudelo Grajales

Fecha: 2025.08.25 10:15:35
-05'00

Presidente del Comité de Ética de la Investigación
eticainstitucional@javerianacali.edu.co

Realizó aval	GLORIA S. LIZARRALDE G.
Revisó y avaló	DIEGO AGUDELO G.
Archivo y envío a investigadores	YULY ROQUE