

HACIA LA COMPRENSIÓN DEL CÁNCER DE MAMA: IMAGEN CORPORAL, PERSONALIDAD Y CALIDAD DE VIDA

Towards understanding of breast cancer: Body image, personality and quality of life

Leni Alvarez Taco*

Resumen

El presente artículo constituye una revisión teórica de algunos artículos científicos publicados en la última década, que tiene por objetivo brindar un panorama general de cómo se viene conceptualizando la enfermedad del cáncer de mama desde un punto de vista psicológico. A partir del análisis del problema de esta enfermedad tanto a nivel nacional como internacional, se profundiza en el tema de la imagen corporal en pacientes con cáncer de mama, las características de personalidad (que han conducido a acuñar el concepto de personalidad tipo C) y la calidad de vida en estas pacientes. Estos aportes forman parte del soporte teórico de la tesis doctoral -en proceso- de la articulista, cuya población objetivo es el de las mujeres diagnosticadas con cáncer de mama.

Palabras clave: *Cáncer de mama, imagen corporal, personalidad, calidad de vida.*

Abstract

This article is a review of some theoretical scientific articles published in the last decade, which aims to provide an overview of how the breast cancer disease is being conceptualized from a psychological point of view. From a national and international analysis of the problem of this disease, the issue of body image in patients with breast cancer, personality characteristics (which led to the creation of the concept of type C personality) and the quality of life in these patients are deepened. These contributions are part of the theoretical support of the author doctoral thesis -in process-, whose target population are women diagnosed with breast cancer.

Keywords: *Breast cancer, body image, personality, quality of life.*

* Magíster en Psicología. Docente de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos - UNMSM y de la Escuela de Post grado de la Universidad Femenina del Sagrado Corazón - UNIFÉ. Miembro del Instituto de Investigaciones Psicológicas de la UNMSM. calvarezt@unmsm.edu.pe

Sin duda alguna, entre las enfermedades crónicas que generan mayor temor en la población se encuentra el cáncer, debido a su cercanía con la muerte. Los datos estadísticos revelan que este temor se fundamenta en la realidad, ya que según la Organización Mundial de la Salud (2009, citado por Gutiérrez y Domínguez, 2013), los casos de cáncer en el mundo aumentarían en los siguientes 20 años, así también se incrementarían en un 45% el número de defunciones, en comparación a las que se reportaban en esa fecha. Balderas-Peña y otros (2013) también refieren que sobre todo en los países económicamente desarrollados, el conjunto de cánceres son la principal causa de mortalidad en todo el mundo, superando incluso a las enfermedades cardiovasculares.

En el caso específico del cáncer de mama, es considerado el segundo más común en el mundo (Balderas-Peña y otros, 2013) y la primera causa de muerte entre las mujeres (Ceballos-García y Giraldo-Mora, 2011), cuya incidencia va aumentando en todos los países del mundo, por lo que es asumido como un problema de salud pública, además de político, médico, social, psicológico y económico, debido básicamente, al dolor y sufrimiento personal, los costos médicos crecientes, las muertes prematuras y la pérdida de años productivos de vida.

Esta realidad también se observa en el Perú, ya que según el Ministerio de Salud del Perú (MINSA, 2010, citado en Becerra y Otero, 2013), el cáncer de mama es considerado como la segunda neoplasia con mayor prevalencia en este país, por lo que el incremento de su incidencia en los últimos años genera una preocupación latente en los profesionales de la salud. Es más, según los últimos datos proporcionados por el MINSA (2013), los departamentos de la costa con las más altas tasas de mortalidad por cáncer de mama son Tumbes, Lima y Moquegua, por lo que analizar lo que ocurre con esta población es una tarea urgente a realizar.

Ante esta realidad nacional y mundial, Aguilar, Neri y otros (2012) realizaron un estudio para conocer los factores de riesgo que podrían pronosticar la presencia de cáncer de mama. Contaron con la participación de 230 mujeres (115 diagnosticadas con cáncer de mama y las otras 115 eran mujeres sanas) que asistieron a un centro oncológico de un estado

de México. Los datos fueron obtenidos a través de la historia familiar de cáncer, de los antecedentes personales, así como de los estilos de vida y de la determinación del Índice de Masa Corporal (IMC).

Los resultados del estudio evidenciaron un mayor riesgo de padecer cáncer de mama de las mujeres con sobrepeso y obesidad que no desarrollaban ejercicio alguno y con menor índice de lactancia materna.

Al respecto, el MINSA (2013) analiza la situación de los factores de riesgo en la población peruana y encuentra que existe una reducción de la prevalencia de algunos factores de riesgo de presentar cáncer (en general) como el consumo de tabaco y alcohol, mientras que la obesidad es considerada como uno de los factores de riesgo que presenta una tendencia ascendente. Esto puede estar asociado a un consumo de comidas con alto contenido calórico y la poca actividad física de la población.

Por otro lado, Balderas-Peña y otros (2013) refieren que su incidencia es mayor en los países desarrollados en comparación con las economías emergentes, pero básicamente esta diferencia se debe a comportamientos de riesgo de las personas, es decir, al estilo de vida, a la dieta y a la obesidad.

En este sentido, se podría decir que los factores de riesgo más estudiados son los hormonales, los genéticos y los ambientales, entre estos últimos se encuentran específicamente los hábitos tóxicos, el sobrepeso y la obesidad (Aguilar, González, García, Álvarez y Padilla, 2012). Pero además, se ha observado que estos cambios se asocian a la insatisfacción corporal y al deterioro de la imagen corporal así como a un gran impacto emocional (Rincón, Pérez, Borda y Martín, 2012).

A continuación se analiza el proceso de reconstrucción de la imagen corporal de la mujer mastectomizada.

IMAGEN CORPORAL EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA

Es indudable que el ser diagnosticada y someterse al tratamiento del cáncer en cualquiera de sus manifestaciones es una situación estresante, pero es

aún más cuando se producen cambios en el organismo tal y como sucede en el caso del cáncer de mama, que trae consigo la extirpación de parte o toda la mama, y en algunos casos, cuando la tumoración se presenta por segunda vez, puede extraerse incluso la segunda mama.

Este proceso requiere de la adaptación de la mujer a una nueva condición de vida que a su vez induce a cambios tanto en su imagen corporal, como en los sentimientos y actitudes que conllevan, en su sexualidad y su autoestima, entre otras dimensiones de su personalidad (Sebastián, Manos, Bueno y Mateos, 2007; Rincón y otros, 2012). En sí, para muchas mujeres, el pecho es sumamente importante para la identidad femenina ya que se le asocia fuertemente al ámbito de la sexualidad, al atractivo físico y a la maternidad (Sebastián y otros, 2007).

Al respecto, es importante definir lo que se entiende por imagen corporal y por autoestima, para comprender qué sucede a este nivel en las mujeres con cáncer de mama.

La *imagen corporal* es definida como una parte constitutiva del autoconcepto, que implica una evaluación cognitiva y emocional que la persona realiza -en este caso, la mujer- sobre su propio cuerpo en un momento determinado (Sebastián y otros, 2007). Por lo que el autoconcepto se define como el conjunto de percepciones o referencias que las personas tienen de sí mismas, lo que incluye juicios de valor acerca de comportamientos, habilidades o apariencia externa (Shavelson y Bolus, 1992, citados por Sebastián y otros, 2007).

En el caso de la *autoestima*, Rosenberg (1965, citado por Sebastián y otros, 2007) la define como otro aspecto del autoconcepto, referido a una actitud o sentimiento positivo o negativo hacia uno mismo, basado en la evaluación y en los sentimientos de satisfacción de sus propias características.

En este sentido, habría que considerar que durante el tratamiento suceden una serie de hechos que requiere de la adaptación de la mujer a una situación de vida que incluye un cambio en la percepción de su imagen corporal, caracterizada por la pérdida del cabello, por el incremento del peso, por la aparición

de manchas en el cuerpo, por el debilitamiento de las uñas que provocan su pérdida, por el ingreso a la menopausia forzada por los medicamentos recetados, además de la pérdida de la mama o cambio en su constitución (cuando no se realiza la mastectomía), entre otros hechos importantes. Sin embargo, habría que considerar que en todas las mujeres no se dan las mismas secuelas, e incluso algunos de esos cambios son temporales y otros no (Fernández, 2004, citado por Rincón y otros, 2012) lo cual depende del tipo de tratamiento recibido y de las reacciones propias del organismo al tratamiento.

Un estudio interesante sobre la imagen corporal y la autoestima en pacientes con cáncer de mama fue el realizado por Sebastián y otros, en el año 2007, en el que demostraron la efectividad de un programa de intervención psicosocial sobre los aspectos mencionados. El estudio se llevó a cabo en una muestra de 175 mujeres (102 formaron el grupo de intervención y 73 el grupo control) intervenidas quirúrgicamente de cáncer de mama (no metastático) del Servicio de Patología Mamaria del Departamento de Obstetricia y Ginecología del Hospital Maternal “La Paz” en Madrid, con edades comprendidas entre los 27 y 65 años.

Para la recolección de los datos se utilizó un cuestionario sociodemográfico y un cuestionario de imagen corporal elaborados por los autores del presente estudio, pero además se utilizó la Escala de Autoestima de Rosenberg y finalmente, se recogieron algunos datos sobre las variables médicas (tipo de cirugía y tipo de tratamiento) a partir de la historia médica de las pacientes. Los resultados fueron recogidos en tres momentos diferentes: Durante el pre-tratamiento (inmediatamente después de la cirugía), el post-tratamiento (tres meses después de la cirugía, al culminar el programa de intervención psicosocial) y el seguimiento (nueve meses después de la cirugía, es decir, a los seis meses de culminado el programa).

Después de comprobar la similitud de los niveles de la imagen corporal y de la autoestima de ambos grupos en el pre-tratamiento, la evaluación en el post-tratamiento y en el seguimiento, evidencia que el grupo de intervención tiene una mejor imagen corporal que el grupo control, pero a nivel de la autoestima, las diferencias solo se dan en la evaluación durante

el seguimiento, mas no durante el post-tratamiento, lo cual podría evidenciar que los cambios en la imagen corporal son susceptibles de ser aceptados más rápidamente, pero la autoestima es más difícil de elevar aunque no imposible, ya que en el transcurso del tiempo esta mejora cuando existe un apoyo social como en el programa que se ha validado con el presente estudio.

Estos autores, lograron demostrar que las variables sociodemográficas como la edad, estado civil, nivel educativo y estado laboral no influyen en la imagen corporal ni en la autoestima en las mujeres con cáncer de mama, pero el tipo de cirugía sí, es decir, las mujeres tumorectomizadas tenían una mejor imagen corporal que las que fueron mastectomizadas.

Por otro lado, en el caso de la reconstrucción mamaria y su relación con la autoestima y la imagen corporal, Rincón y otros (2012) realizaron un estudio para conocer esta relación en 72 pacientes con cáncer de mama, divididas en cuatro grupos equivalentes (18 pacientes con mastectomía simple unilateral sin reconstrucción mamaria, 18 pacientes con mastectomía radical modificada unilateral sin reconstrucción mamaria, 18 pacientes con reconstrucción mamaria inmediata y 18 pacientes con reconstrucción mamaria diferida), quienes fueron atendidas en el Hospital Universitario Virgen Macarena de Sevilla. Para la recolección de los datos se utilizaron una encuesta psicosocial, la Escala de Autoestima de Rosenberg, el Cuestionario de Calidad de Vida de la EORTC y el Test de Medición del Grado de Satisfacción Corporal. Los resultados evidenciaron que las pacientes reconstruidas mostraron una mayor satisfacción estética, así como una mayor autoestima y un menor deterioro de su imagen corporal, lo que también se asocia a una menor preocupación por el futuro o por la pérdida del cabello.

CARACTERÍSTICAS DE PERSONALIDAD EN LAS MUJERES CON CÁNCER DE MAMA

Toda enfermedad crónica trae consigo emociones negativas como temor, incertidumbre, desesperanza, entre otros, debido a que ningún ser humano se programa o prepara para recibir un diagnóstico asociado a la muerte. Eso es lo que ocurre con el cáncer de mama, sin embargo, a diferencia de otras enfermedades, sus características no son visibles ni

limitantes de la actividad de la mujer al inicio del diagnóstico.

En otras palabras, la mujer diagnosticada con cáncer de mama suele realizar sus actividades cotidianas como las realizaba antes de conocer el diagnóstico, pero el hecho de saber o conocer lo que le ocurre interiormente, hace que sus sentimientos cambien.

Esto condujo a que diversos autores le prestaran atención al constructo personalidad, entre ellos, los trabajos iniciales en esta área de Morris y Greer (Sebastián, León y Hospital, 2009) los llevaron a acuñar el nombre de personalidad tipo C para hablar de aquellas personas propensas al cáncer, que se caracterizan básicamente por ser personas emocionalmente contenidas de cara al estrés, especialmente con respecto a la ira, por lo que mostrarían supresión o inadecuada expresión emocional negativa. Otras características que se asociarían a este tipo de personalidad y que se consideran predictoras de un desarrollo posterior de enfermedades oncológicas son: conducta racional y antiemocional, tendencia a establecer relaciones armoniosas y evitar los conflictos interpersonales (Sebastián y otros, 2009).

A partir de estos resultados, y debido al cuestionamiento metodológico que recibieron de otros investigadores, es que Spielberger (1988, citado por Sebastián y otros, 2009) reformuló y desarrolló dos escalas: a) Racionalidad/Defensividad emocional, y b) necesidad de armonía, entendidos como mecanismos de defensa de negación y represión.

Debido a la dificultad que tienen estos pacientes para poder expresar lo que les ocurre, en principio por la incertidumbre de la situación y luego por no querer aceptarlo, Cerezo, Ortiz-Tallo y Cardenal (2009) hablan de la existencia de una represión emocional, definida como la dificultad para expresar y regular sus emociones negativas como ira, ansiedad o dolor, relacionada a su vez con una sintomatología de ansiedad, depresión y alteraciones somatomorfas principalmente.

Dichos autores realizaron un estudio con 40 mujeres operadas, y encontraron que el 30.55 % de la muestra poseía rasgos de personalidad asociados al

estilo histriónico, denominado rasgos de *amplificación emocional*, caracterizado por la tendencia a dejarse influir por otras personas, evitando así ahondar en sus emociones y con ello, no se permiten integrar y reflejar pensamientos y emociones desagradables. Otro aspecto importante en este grupo de pacientes es la presencia de indicadores de deseabilidad social (Cerezo y otros, 2009; Sebastián y otros, 2009) lo cual evidencia su deseo de presentarse socialmente atractivas y emocionalmente estables a fin de parecer más seguras de sí mismas de lo que realmente son.

En cambio, el 69.44% de dichas pacientes presentaban rasgos esquizoides (introversión y no expresión de sus emociones), evitativos (no se muestran ante los demás ni comparten sentimientos, pero son corteses y contenidas), depresivos (sentimientos de impotencia, inutilidad y baja autoestima, centrados en aspectos negativos de sí mismas) y dependientes (evitar la tensión social, sacrifican sus puntos de vista para no tener conflictos personales), conocidos como rasgos de *retraimiento emocional*, debido a que todos estos rasgos tienen en común la dificultad para reconocer sus necesidades personales y emocionales además de los conflictos para la expresión adecuada de emociones. De igual forma, Sellick y Edwardson (2007, citados por Rincón y otros, 2012) hallaron que el 22.6 % de 773 pacientes diagnosticadas con cáncer de mama, presentaban niveles patológicos de ansiedad, junto a un 5.3 % que manifestaron niveles patológicos de depresión.

En síntesis, Rincón y otros (2012) refieren que aquellos pacientes con edades entre 30 y 40 años, que además cuentan “con historia previa de trastorno depresivo, dolor, limitaciones físicas o alguna otra enfermedad concurrente y que contasen además con escaso apoyo social e instrumental, constituirían un perfil de riesgo con gran probabilidad de padecer un mayor deterioro emocional” (p. 26).

En el caso de Fernández y otros (2011), analizaron la repercusión de la ansiedad y la depresión en el estado físico y funcionalidad de pacientes con cáncer de mama y cáncer de pulmón durante el tratamiento con quimioterapia. Contaron con la participación de 66 pacientes (29 con cáncer de mama y 37 con cáncer de pulmón) quienes fueron evaluadas antes de iniciar el tratamiento, y al finalizar la primera, segunda y

última quimioterapia, mediante la Escala de Karnofsky (mide el grado de autonomía del paciente), la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria, la escala de estado general - salud percibida (evalúa la situación del paciente en el momento de la evaluación), la Escala de Calidad de Vida, un protocolo médico (para recoger datos sociodemográficos) y entrevistas semiestructuradas (sobre los síntomas, estado emocional, preocupación, funcionalidad).

El estudio revela que menos de un 30% de los pacientes durante el proceso de tratamiento con quimioterapia alcanzaron puntuaciones indicativas de patología ansiosa o depresiva, sin embargo, se incrementó significativamente el cansancio, fatiga y náuseas, interrumpiéndose las actividades laborales y de ocio. Por otro lado, la preocupación por el futuro de allegados y el insomnio se incrementan significativamente a lo largo del tiempo en pacientes con cáncer de mama, mientras que se reducen en pacientes con cáncer de pulmón. También se comprueba que la mayoría de diferencias son atribuibles a los factores tiempo y tipo de cáncer. Las alteraciones emocionales no parecen tener, durante el tratamiento con quimioterapia, un peso relevante en la sintomatología y cambios en la vida cotidiana referidos por el paciente oncológico.

Otro aspecto importante a considerar en la comprensión de las pacientes con cáncer de mama es el de la calidad de vida, en la medida que durante el tratamiento y después de él, las conductas saludables deben surgir, en primer lugar, para generar las defensas que el organismo necesita para sobreponerse a los estragos del tratamiento, y en segundo lugar, para cambiar aquellos patrones de comportamiento que hacen de la paciente, una persona vulnerable a la reaparición de la tumoración.

CALIDAD DE VIDA EN LOS PACIENTES ONCOLÓGICOS

Ferriols, R., Ferriols, F., Alós y Magraner (1995) realizaron un estudio centrado en la calidad de vida de los pacientes oncológicos desde el punto de vista médico, es decir, si bien el concepto ha sido ampliamente definido desde el punto de vista psicológico, ellos lo interpretan a partir de la situación vivida por los pacientes oncológicos en general. En este

sentido, según Fernández-López, Fernández-Fidalgo y Cieza (2010), el punto de partida para estudiar la calidad de vida es el establecer su relación con la salud, la cual se usa específicamente para designar los resultados concretos de la evaluación clínica y la toma de decisiones terapéuticas.

Al respecto, Tonón (2008, citado en Núñez y otros, 2010) refiere que actualmente el concepto de calidad de vida ha sido definido más ampliamente incluyendo la descripción de “las circunstancias de una persona (condición objetiva), así como sus percepciones y sentimientos, considerados ambos como las reacciones ante dichas circunstancias (condición subjetiva)” (p. 12), por lo que ha sido entendida como una estructura multidimensional (Salas y Grisales, 2010), que se encuentra constituida por cuatro factores esenciales, que son: a) factores mentales (ansiedad, depresión y bienestar), b) factores sociales (familia, trabajo, amigos), c) factores físicos (movilidad, fatiga, autocuidado), y d) síntomas, y trogenia (dolor, náuseas, anorexia), aceptando así el esquema desarrollado por Tchekmedyan et al. (Ferriols y otros, 1995).

Pero a su vez, plantean que estos factores incluyen fundamentalmente otros cuatro en el caso de los pacientes oncológicos, que son: a) estado y funcionamiento a nivel físico (estado funcional, morbilidad, actividad física, etc.), b) enfermedad y síntomas relacionados con el tratamiento (síntomas específicos de la enfermedad, o efectos secundarios de la terapia, tales como náuseas, vómitos, etc.), c) funcionamiento psicológico (ansiedad o depresión, que pueden ser secundarios tanto a la enfermedad como al tratamiento), y d) funcionamiento social (alteraciones a la actividad social normal). Finalmente, refieren que a estos factores se le puede agregar otros factores importantes como el del estado espiritual o existencial de los pacientes, el del funcionamiento sexual e imagen corporal y el de la satisfacción con los cuidados sanitarios recibidos en los centros asistenciales.

De igual forma, Salas y Grisales (2010) analizaron la calidad de vida en mujeres diagnosticadas con cáncer de mama y su relación con algunos factores asociados. Las participantes fueron 220 mujeres inscritas en algún programa de tratamiento oncológico en Antioquía, a las que se les aplicó el Cuestionario de

Calidad de Vida WHOQOL BREF de la Organización Mundial de la Salud y otras preguntas relacionadas con el apoyo moral y sus creencias personales o espirituales, elaboradas por los investigadores. Los resultados demostraron que la calidad de vida de las pacientes de estratos socioeconómicos más humildes era menor en comparación con las que pertenecían a estratos socioeconómicos más altos, tanto en general como en los dominios: físico, psicológico, social y del entorno. Las pacientes que percibían un soporte moral de familiares y amigos o que sus creencias personales o espirituales eran mayores, notificaron una mejor calidad de vida que las que no lo percibían, siendo el apoyo de los amigos el más frecuente.

Como se puede ver, la implicancia de las relaciones sociales en la calidad de vida de las personas que padecen una enfermedad oncológica es muy grande, por lo que autores como Fernández-López y otros (2010) plantearon que, como personas sociales, la salud depende en cierta medida, “de un intercambio interpersonal favorable en términos de recompensas materiales o emocionales y de aprobación cognoscitiva” (p. 171), con lo cual se justifica que la preocupación por la salud sea tanto a nivel individual como a nivel general, es decir, se considera un objetivo el cuidado de la salud de las poblaciones.

Por otro lado, diversos autores hacen referencia a la importancia de la alimentación, tanto en el proceso de desarrollo de la tumoración como en el proceso de recuperación. Balderas-Peña y otros (2013) refieren que en los países industrializados, el tipo de dieta es considerado la segunda causa teóricamente previsible de cáncer después del tabaco, por lo que se asume que los factores alimentarios explican aproximadamente el 30 % de los cánceres, en sus diferentes manifestaciones. Esto también ha sido planteado por otros autores como Aguilar, González y otros (2012) y Pou y otros (2014). Estos últimos autores además agregan que:

dietas con alta densidad calórica, elevada proporción de carnes procesadas, alimentos refinados, grasas y alcohol, se asocian a un incremento del riesgo de desarrollar cáncer de mama, próstata y colon, mientras que una alimentación que incluya importantes cantidades de vegetales y frutas, con alto contenido de micronutrientes y fibra, se encuentra relacionada a una disminución del riesgo. (p. 619)

Por tanto, Pou y otros (2014) refieren que el cáncer sería prevenible con una alimentación y nutrición apropiada, lo cual depende del nivel de autocontrol que tenga la persona sobre sus hábitos.

Es más, Balderas-Peña y otros (2013) refieren que, según el Centro de Investigaciones sobre el Cáncer de Francia en un artículo publicado en el 2002, se puede considerar tanto al peso corporal como a la inactividad física como los responsables de entre la quinta y la tercera parte de distintos tipos de cánceres comunes, entre ellos, el de mama (posmenopáusico), colon, endometrio, riñón y esófago.

Un estudio interesante es el realizado por Porciúncula, Aberici y González (2013), quienes analizaron la posible influencia de la composición corporal en la calidad de vida de las pacientes con cáncer de mama, y para ello contaron con la participación de 70 mujeres que tenían inicialmente sobrepeso (77 % de las participantes) y exceso de grasa (73 %), que fueron atendidas en el hospital docente de la Universidad Federal de Pelotas, Brasil. Los datos se recolectaron mediante el Cuestionario de Calidad de Vida de la Organización Mundial de la Salud y la impedancia bioeléctrica (para medir la composición corporal).

Los resultados de este estudio demostraron que sí se produjo un aumento significativo en la masa libre de grasa, el índice de masa corporal y el peso, mientras que la calidad de vida se mantuvo igual, durante el periodo de tratamiento. Pero además, se comprobó que las mujeres con exceso de grasa corporal tenían una salud inicial significativamente menor que aquellas que tenían niveles de grasa corporal normal, al inicio del tratamiento.

Balderas-Peña y otros (2013) analizaron la relación entre el porcentaje de adiposidad y el índice de inmunorreactividad de los receptores a estrógenos y a progesterona en 43 pacientes con cáncer de mama, mayores de 18 años, en diferentes etapas clínicas que eran atendidas en la consulta externa de la División de Oncología del Instituto Mexicano del Seguro Social. A ellas se les midió el índice de masa corporal y se obtuvo el porcentaje de adiposidad, a través de un cuestionario estructurado por los investigadores, en el que se incluyeron datos generales, antecedentes

personales patológicos y datos de la antropometría (talla, peso, porcentaje de grasa corporal e índice de masa corporal).

Los resultados evidenciaron que el porcentaje de adiposidad se encuentra directamente relacionado con el riesgo de desarrollar cáncer de mama positivo a receptores hormonales, lo que hace de la obesidad uno de los pocos factores de riesgo modificables en la génesis de un cáncer.

En el caso específico del cáncer de mama, también habría que considerar la presencia o no de antecedentes familiares con el mismo tipo de cáncer, ya que algunos autores como Lancaster (2005, citado por Aguilar, González y otros, 2012) refieren que hasta un 18% de mujeres obesas con cáncer de mama informaban de la presencia de antecedentes familiares similares. Aguilar, Neri y otros (2012) también reportaban la importancia del factor genético como un antecedente de riesgo de poseer la enfermedad.

Es más, otros autores señalan la presencia de mutaciones de los genes BRCA-1 y BRCA-2 como los responsables de patrones hereditarios (Maheu y Thorne, 2008; Qiu y cols., 2010; citados por Aguilar, Neri y otros, 2012) los que generan cambios endocrinos secundarios a la obesidad y con ello, el incremento de la prevalencia de tumoraciones malignas en jóvenes y mujeres adultas obesas, debido a cambios en el patrón hormonal.

En este sentido, se ha visto que el incremento de la adiposidad corporal que suele llegar con la primera regla así como la elevación de los niveles hormonales propio de esta fase de vida en la mujer, constituyen factores de riesgo para el desarrollo precoz de cáncer de mama (Veronesi y cols., 2005, citados por Aguilar, González y otros, 2012), en otras palabras, las jóvenes que se muestran obesas tienen mayores riesgos de padecer cáncer de mama a futuro que aquellas que no lo son.

Al parecer (siguiendo con Aguilar, Neri y otros, 2012), esto puede ser explicado por los altos niveles de estrógenos que poseen las mujeres obesas posmenopáusicas, que se eleva entre un 50-100% más que en las mujeres delgadas, el cual es producido por los ovarios antes de la menopausia y después de la

menopausia es producido por el tejido adiposo, ya que los ovarios dejan de producirlo. Es más, en las mujeres posmenopáusicas, según los mismos autores, ha sido demostrado sobre todo, la asociación entre obesidad abdominal y cáncer de mama, considerándose un factor de riesgo cuando el IMC es superior a 27. El tamaño de la mama también constituye un factor de riesgo para los autores señalados, sobre todo si la mama es grande e hiperplásica.

Otro dato importante es el de la presencia de la menarquia temprana (menos de 12 años) como un factor vinculado al incremento del riesgo de padecer cáncer de mama en comparación con las mujeres que tuvieron su primera menstruación después de los 14 años. De igual forma, la nuliparidad también se ha relacionado con un mayor riesgo, asimismo, otros factores de riesgo asociados al padecimiento del cáncer de mama son el alcohol y el tabaquismo (Aguilar, Neri y otros, 2012).

REFERENCIAS

- Aguilar, M., González, E., García, P., Alvarez, S. y Padilla, C. (2012). Obesidad y niveles séricos de estrógenos; importancia en el desarrollo precoz del cáncer de mama. *Nutrición Hospitalaria*, 27(4), 1156-1159. doi:10.3305/nh.2012.27.4.5854
- Aguilar, M., Neri, M., Padilla, C., Pimentel, M., García, A. y Sánchez, A. (2012). Factores de riesgo como pronóstico de padecer cáncer de mama en un estado de México. *Nutrición Hospitalaria*, 27(5), 1631-1636. doi: 10.3305/nh.2012.27.5.5997
- Balderas-Peña, L., Sat-Muñoz, D., Castro, J., Ramírez-Orozco, R., Ángeles-Bueno, W. Flores-Márquez, M., ... y Salcedo-Rocha, A. (2013). Porcentaje de adiposidad y su relación con el índice de inmunorreactividad de los receptores hormonales en mujeres mexicanas con cáncer de mama. *Nutrición Hospitalaria*, 28(3), 1321-1329.
- Becerra, I. y Otero, S. (2013). *Relación entre afrontamiento y bienestar psicológico en pacientes con cáncer de mama* (Tesis de Magíster). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú.
- Ceballos-García, G. y Giraldo-Mora, C. (2011). "Autobarreras" de las mujeres al diagnóstico y tratamiento oportuno del cáncer de mama. *Aquichan*, 11(2), 140-157. Recuperado de <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/1897>
- Cerezo, M., Ortiz-Tallo, M. y Cardenal, V. (2009). Expresión de emociones y bienestar en un grupo de mujeres con cáncer de mama: una intervención psicológica. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 41(1), 131-140.
- Fernández, C., Padierna, C., Villoria, E., Amigo, I., Fernández, R. y Peláez, I. (2011). Repercusión de la ansiedad y depresión en el estado físico y funcionalidad de enfermos oncológicos durante el tratamiento con quimioterapia. *Psicothema*, 23(3), 374-381. Recuperado de <http://www.psicothema.com/pdf/3897.pdf>
- Fernández-López, J., Fernández-Fidalgo, M. y Cieza, A. (2010). Los conceptos de calidad de vida, salud y bienestar analizados desde la perspectiva de la clasificación internacional del funcionamiento (CIF). *Revista Especializada Salud Pública*. 84(2), 169-184.
- Ferriols, R., Ferriols, F., Alós, M. y Magraner, J. (1995). Calidad de vida en oncología clínica. *Revista Farmacia Hospitalaria*, 19(6), 315-322.
- Gutiérrez, C. y Domínguez, B. (2013). Mecanismos subyacentes a la revelación emocional ante dolor y estrés en mujeres con cáncer de mama mastectomizadas. *Psicología y Salud*, 23(2), 171-182.
- Ministerio de Salud del Perú (2013). *Análisis de la situación del cáncer en el Perú*, 2013. Lima, Perú: Autor.
- Núñez, A., Tobón, S., Arias, D., Hidalgo, C. Santoyo, F., Hidalgo, A. y Rasmussen, B. (2010). Calidad de vida, salud y factores psicológicos asociados. *Perspectivas en Psicología*, 13, 11-32.
- Porciúncula, A., Aberici, C. y González, M. (2013). The influence of body composition on quality of life of patients. *Nutrición Hospitalaria*, 28(5), 1475-1482. doi: 10.3305/nh.2013.28.5.6705
- Pou, S., Niclis, C., Aballay, L., Tumas, N., Román, M., Muñoz, S., Coquet, J. y Díaz, M. (2014). Cáncer y su asociación con patrones alimentarios en Córdoba (Argentina). *Nutrición Hospitalaria*, 29(3), 618-628.

- Rincón, M., Pérez, M., Borda, M. y Martín, A. (2012). Impacto de la reconstrucción mamaria sobre la autoestima y la imagen corporal en pacientes con cáncer de mama. *Universitas Psychologica*, 11(1), 25-41.
- Salas, C. y Grisales, H. (2010). Calidad de vida y factores asociados en mujeres con cáncer de mama en Antioquia, Colombia. *Revista Panamericana de la Salud Pública*, 28(1), 9-18. Recuperado de <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v28n1/v28n1a02.pdf>
- Sebastián, J., León, M. y Hospital, A. (2009). Variables psicosociales y cáncer de mama: un estudio cuasipropectivo de la personalidad tipo C. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 41(3), 461-479.
- Sebastián, J., Manos, D., Bueno, M. y Mateos, N. (2007). Imagen corporal y autoestima en mujeres con cáncer de mama participantes en un programa de intervención psicosocial. *Clínica y Salud*, 18(2), 137-161.