

Factores psicológicos y cáncer de mama. Estudios empíricos y perspectiva de género.

Psychological factors and breast cancer. Empirical studies and gender perspective.

María Fernández Rodríguez.

Psicóloga Clínica y Doctora en Psicología.

Marta Menéndez Granda.

Psicóloga. Máster Psicología General Sanitaria.

Luis Jesús Díaz Gutiérrez.

Psicólogo Interno Residente. Centro de Salud Mental I “La Magdalena”.

Resumen: Introducción. La alta incidencia del cáncer de mama en las mujeres convierte a esta enfermedad en un grave problema de salud pública a nivel mundial. Entre los factores de riesgo estudiados se encuentran el estrés psicológico y la personalidad.

Objetivo: El objetivo del presente artículo es visualizar la evidencia empírica que asocia el estrés psicológico y la personalidad con el riesgo de desarrollar cáncer de mama en mujeres.

Método: Se ha realizado una búsqueda bibliográfica de los artículos que estudian el papel del estrés y la personalidad en el desarrollo del cáncer de mama en los últimos 11 años.

Resultados y conclusiones: Estamos en una sociedad binaria, donde las estrategias de afrontamiento están condicionadas por los estereotipos de género. Esta construcción social del género incrementa la vulnerabilidad de las mujeres en determinadas cuestiones de salud, por lo que se pone de manifiesto la necesidad de introducir la perspectiva de género en la investigación. Actualmente no hay consenso sobre la asociación entre estrés psicológico/ personalidad y el riesgo de padecer cáncer de mama. Para desarrollar estrategias preventivas es necesario incrementar la investigación científica de los factores de riesgo psicológicos.

Palabras clave: estrés psicológico, personalidad, cáncer de mama, perspectiva de género

Abstract: Introduction. The high incidence of breast cancer in women makes this disease a serious worldwide public health problem. Psychological stress and personality are some of the risk factors studied in breast cancer.

Objective: The aim of this article is to examine the psychological stress and personality traits with breast cancer risk and its empirical evidence.



Method: A review was carried out, including literature studies of latest 11 years investigating the relation between stress and personality with breast cancer.

Results: We live in a binary society, where coping strategies are conditioned by gender stereotypes. This social construction of gender increases the vulnerability of women in certain health issues, which highlights the importance to introduce the gender perspective in research. Currently, there is no agreement on the association between psychological stress/personality and the risk of suffering breast cancer. To develop preventive strategies, it is necessary to increase the scientific research of psychological risk factors.

Keywords: psychological stress, personality, breast cancer, gender perspective.

Introducción

A lo largo de los años ha habido un incremento del estudio del cáncer desde el punto de vista psicosocial. Se ha empezado a reconocer que las variables psicológicas, resultado de la historia de vida de cada persona, junto con el contexto social en el que ésta interacciona tienen influencia en el proceso de enfermar y en la prevención de trastornos y enfermedades (1), interactuando con los factores biológicos y sociales (2,3). Autores como Arbizu (4) o Camps et al. (5) señalan que la relación entre factores psicológicos y cáncer no se plantea como causal, sino como facilitadora de la aparición de la enfermedad, su curso, desarrollo y pronóstico.

Fundamentalmente hay dos mecanismos potenciales propuestos para explicar cómo los factores psicológicos pueden incrementar el riesgo de cáncer. El primero es alterando el sistema inmune y endocrino, y el segundo de forma indirecta mediante comportamientos o cambios en el estilo de vida poco saludables (realizar poco ejercicio físico, dieta poco saludable, el consumo de tabaco, consumo de alcohol, abuso de sustancias o/y una pobre adherencia a los tratamientos médicos) (6,7).

El cáncer de mama (Ca mama) ha llegado a ser el tipo de cáncer más frecuente en mujeres y es la segunda causa de muerte por Ca en mujeres en EEUU (8). Se estima que 232670 mujeres fueron diagnosticadas de Ca y 40000 han muerto en 2014 (9). En España en el 2015 presenta una incidencia de 27747 mujeres. Además, investigaciones han mostrado que un 85% de mujeres han sido diagnosticadas de Ca mama esporádicamente sin antecedentes familiares (10).

Concretamente en Asturias el análisis de mortalidad para el año 2001, señalaba al Ca mama como la primera causa de muerte tumoral en las mujeres, con una tasa de mortalidad ajustada de 21,3% (11). En el año 2010 en Asturias, el Ca mama continúa siendo la primera causa de muerte tumoral en las mujeres entre 40 y 59 años, sin embargo, la mortalidad ajustada desciende al 18,3% (12). Esto supone una amenaza para la salud de las mujeres.

Hay muchos factores de riesgo para el Ca mama. Los factores más reconocidos suelen ser hormonales, genéticos, edad, dieta y etnia (13). Los factores psicológicos (14), el consumo de tabaco (15) y el ejercicio físico (16) como factores psicosociales no comienzan a ser reconocidos hasta los años 80.

Respecto a los factores psicológicos, todavía no se conoce con exactitud su influencia en el Ca mama. En los últimos 30 años hay estudios de cohorte y revisiones sistemáticas que han examinado varios factores psicológicos, incluyendo eventos vitales (17), rasgos de personalidad (6,18), estrés percibido (19), depresión (20) y estrategias de afrontamiento (21). La mayoría de estos estudios se han centrado principalmente en el papel del estrés y la personalidad como factores de riesgo (3).

Método

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica de los artículos que estudian el papel del estrés y la personalidad en la aparición del Ca mama en los últimos 11 años con diferentes combinaciones de

las palabras clave (estrés psicológico, eventos de vida, personalidad, riesgo cáncer de mama) en las bases de datos Pubmed y Redalyc. Únicamente se han seleccionado aquellos estudios que analizan el tema antes de que se produzca el diagnóstico de Ca mama, excluyendo por tanto aquellos que se centran en el estrés y la personalidad una vez que el Ca se ha detectado.

Estrés psicológico y Cáncer de mama

“El estrés se ha definido teóricamente como la respuesta de nuestro cuerpo a la presencia de demandas externas o, más subjetivamente, como la respuesta basada en la valoración que realiza una persona de las demandas del entorno en función de sus estrategias de afrontamiento” (22).

Los estudios se han centrado principalmente en el estrés psicológico y el riesgo de desarrollar Ca mama después de eventos de vida negativos como la pérdida de un ser querido o un divorcio (23, 24, 17, 25). También hay investigaciones que han estudiado el estrés percibido, que nos permitiría conocer mejor las estrategias de afrontamiento de la persona en situaciones estresantes (26, 7, 27).

Mediante autoinforme se realizó una investigación en Ámsterdam en 2012 con una muestra de 858 mujeres diagnosticadas de Ca mama y 1085 controles. Hallaron que aquellas mujeres que habían tenido de 4 a 6 eventos vitales negativos causantes de estrés tenían 5,33 veces más riesgo de desarrollar Ca mama que aquellas que habían tenido menos eventos estresantes. Los estresores más asociados con el riesgo de Ca mama fueron la muerte de un familiar cercano, una enfermedad personal, problemas con la ley o prisión, y la jubilación. Estos resultados sugieren que el estrés acumulativo asociado a eventos negativos jugaría un papel importante en la etiología del Ca mama (24).

En un reciente estudio con 664 mujeres diagnosticadas de Ca mama y 203 controles, se registraron 14 eventos de vida negativos entre los que se encontraban un aborto y el padecimiento de una enfermedad previa. Hallaron una asociación significativa entre eventos de vida negativos y riesgo de desarrollar Ca mama. Además, el padecimiento de una enfermedad previa ha sido el

evento que más ha aumentado el riesgo de desarrollar Ca mama (23).

Por último, encontramos otro estudio, publicado en 2018, con una muestra de 250 mujeres diagnosticadas de Ca mama y 250 controles. Se evaluaron eventos de vida, estrategias de afrontamiento y estilo de vida, hallándose que el apoyo social inadecuado, la pérdida de un padre en la infancia y estresores importantes durante los últimos 5 años incrementan el riesgo de desarrollar Ca mama (25).

Con respecto al estrés percibido, en el Centro Médico de Taiwán desde el 2009 hasta 2011 se llevó a cabo un estudio con 157 mujeres con Ca mama y 314 controles. Obtuvieron que el estrés percibido, realizar poco ejercicio y hábitos alimentarios no saludables estaba asociado con Ca mama. El estrés presentaba una asociación aún más fuerte con el riesgo de Ca mama cuando se daba junto a consumo de alcohol, tabaco, poco ejercicio o consumo de comida no saludable. Concluyeron que el estrés percibido junto con un estilo de vida inadecuado estaba asociado con la aparición de Ca de mama (27). Hay otras investigaciones recientes de caso/control (28) y metaanálisis (29) que avalan la importancia del estrés en la aparición del Ca mama.

Se han llevado a cabo algunas investigaciones que han tenido en cuenta la autopercepción que las pacientes tienen sobre los factores implicados en su enfermedad. El estudio realizado en Australia señala que aproximadamente un 50% de las mujeres diagnosticadas de Ca mama atribuían su enfermedad a factores emocionales, especialmente el estrés, seguido de factores relacionados con el estilo de vida, y en tercer lugar los factores psicológicos (30). Otros 22 estudios publicados entre 1982 y 2012 muestran que las supervivientes de un Ca mama identificaban al estrés como una de las causas de su enfermedad, y al menos en 5 estudios como la causa principal (31).

Algunas de las investigaciones que asocian el estrés psicológico con la aparición del Ca mama han sido ampliamente cuestionadas pocos años después de su publicación. El metaanálisis realizado en 2008 con 165 artículos encontró que el estrés estaba asociado con mayor incidencia de



Ca en población inicialmente sana. Además, hallaron que los rasgos de personalidad, estilos de afrontamiento inadecuados o una pobre calidad de vida estaban relacionadas con mayor riesgo de padecer Ca mama (19). En 2010 este estudio ha sido censurado debido a las deficiencias encontradas en la literatura revisada y al método utilizado en el metaanálisis (32). En la misma línea, la investigación realizada por Women's Health Initiative con una muestra de 84334 mujeres a seguimiento durante 7 años encontró que eventos de vida estresantes pueden estar relacionados con riesgo de padecer Ca mama (17). En 2011 sus resultados fueron criticados al poner de manifiesto que no confirmaban al estrés como un factor de riesgo del Ca mama. También plantean que la revisión bibliográfica empleaba datos desacreditados (33).

Frente a estas investigaciones, otros estudios no encuentran esta asociación entre estrés psicológico o percibido y Ca mama. La Sociedad Americana contra el Cáncer (American Cancer Society) y el Instituto Nacional del Cáncer (National Cancer Institute) plantean la escasa evidencia empírica de que el estrés pueda causar Ca (34).

Un estudio prospectivo realizado en Escocia en 2007 con 1006 mujeres a seguimiento durante 30 años encontró cierta asociación entre eventos de vida estresantes y riesgo de padecer Ca mama. Sin embargo, estos resultados deben interpretarse con cautela debido a la ausencia de un mecanismo que asocie el estrés con el cáncer de mama (26).

En Cambridge se realizó una investigación (35) con 11467 mujeres sin historia previa de Ca mama. El objetivo era investigar la asociación entre una historia de vida de estrés y riesgo de desarrollar Ca mama. Se tuvieron en cuenta circunstancias difíciles en su infancia, eventos de vida negativos y dificultades en su adultez y en consecuencia su impacto emocional, el estrés asociado y el estrés percibido en un periodo de 10 años. No encontraron evidencias de que la exposición al estrés o las diferencias individuales al experimentar estas situaciones estuvieran relacionadas con mayor riesgo de desarrollar Ca mama.

El estudio prospectivo llevado a cabo en el Reino Unido en 2016 encontró que el riesgo de desarrollar Ca mama en aquellas mujeres que dicen tener estrés continuo o frecuente es comparable al riesgo de padecer Ca mama en aquellas que no padecen estrés nunca u ocasionalmente. Por tanto, tampoco se encontró asociación entre eventos de vida negativos y el riesgo de Ca mama (7).

En Japón se realizó un estudio de cohorte con una muestra de 29098 mujeres. En el seguimiento de 21 años, 209 fueron diagnosticadas de Ca mama. Tras realizar una regresión, no se encontraron evidencias de asociación entre nivel de estrés percibido y riesgo de desarrollar Ca mama (3).

La asociación entre estrés psicológico y aparición del Ca de mama es un tema controvertido que se pone de manifiesto en una serie de investigaciones que no se posicionan de forma absoluta en ninguno de los polos opuestos.

Tabla 1. Estudios que muestran la controversia relación estrés-Ca mama

Autores y año de publicación	Diseño de estudio	Tipo estrés	Resultados
Santos ⁽³⁶⁾ 2009	Metaanálisis	Eventos de vida estresantes	No se encuentra asociación entre eventos de vida negativos y riesgo de Ca mama. Sin embargo, no es posible descartar el estrés como un factor de riesgo de este.
Schraub ⁽³⁷⁾ 2009	Revisión sistemática	Eventos de vida Personalidad Depresión	No se puede concluir que los eventos de vida, las características de personalidad o la depresión jueguen un papel importante en el desarrollo del Ca mama.
López ⁽³⁸⁾ 2010	Revisión sistemática	Eventos estresantes Personalidad	No hay suficiente evidencia empírica para afirmar sin ninguna duda que los factores psicológicos puedan contribuir al desarrollo del Ca mama.
Eskelinen ⁽³⁹⁾ 2010	115 mujeres diagnosticadas Ca mama	Evento de vida estresante: pérdida de un progenitor o carencias en adolescencia	Asociación débil entre los eventos de vida estudiados y riesgo de desarrollar Ca mama.
Fallah ⁽⁴⁰⁾ 2016	Caso/control 516/335	Eventos de vida estresantes	De forma general, no se encontró asociación significativa entre eventos de vida estresantes y riesgo de Ca mama. Sólo los problemas interpersonales graves con la pareja mostraron asociación significativa con riesgo de Ca mama.
Arnaboldi ⁽⁴¹⁾ 2017	Revisión sistemática	Estrés	Aunque se ha encontrado correlación significativa entre eventos de vida negativos y la incidencia del Ca mama, es difícil demostrar la inequívoca implicación del estrés en el Ca mama.
Rastegarimehr ⁽⁴²⁾ 2017	Caso/Control 150/150	Eventos de vida	No se encontró relación significativa entre eventos de vida negativos acontecidos en los últimos 5 años y riesgo de desarrollar Ca mama.
Chiriac ⁽⁴³⁾ 2018	Revisión sistemática	Estrés	Análisis cualitativos revelaron una posible asociación entre eventos de vida negativos y Ca mama. Los resultados son difíciles de interpretar y el rol del estrés en el Ca es difícil de excluir.
Peled ⁽⁴⁴⁾ 2008	Caso/Control 255-367	Eventos de vida adversos	Diferencia significativa entre grupo control y grupo con diagnóstico en cuanto al número de eventos de vida negativos. Se ha encontrado asociación positiva entre eventos de vida y Ca mama.

Personalidad y Ca de Mama

Al hablar de personalidad nos referimos a un conjunto dinámico de características de una persona ⁽⁴⁵⁾ que constituyen la base del comportamiento humano y condicionan las relaciones en los diferentes contextos. En la época de Hipócrates

ya se insistía en que la personalidad jugaba un papel en la iniciación y el desarrollo de las neoplasias malignas ⁽⁴⁶⁾.

Hay autores que señalan que la personalidad puede hacer que una persona presente más predisposición a desarrollar Ca ⁽⁴⁷⁾. William Osler



(48), considerado el padre de la medicina inglesa, dijo “Es más importante saber qué tipo de persona tiene la enfermedad que qué clase de enfermedad tiene la persona”.

Hay distintas teorías psicológicas sobre una personalidad determinada que predispone al Ca. Esto sugiere que la personalidad juega un papel importante en el desarrollo del Ca (49). Estas teorías comparten la concepción de que el sujeto con personalidad predisponente al Ca presenta cierta supresión o ausencia de emociones, pero los constructos de personalidad son muchos y varían de una clasificación a otra (47).

Los constructos de personalidad más estudiados, en el riesgo de padecer Ca mama, son la personalidad tipo c, los tipos de reacción al estrés 1 y 5 y las dimensiones de personalidad de Eysenck.

En 1980, Morris y Greer sugirieron la existencia de una personalidad tipo C. Años después, Eysenck define esta personalidad como la que predispone al Ca (50, 51). Andreu (50) hablaba de esta clasificación de Eysenck describiendo los tres tipos de personalidad: a, b y c. El *tipo a* sería una persona competitiva y hostil, egocéntrica y tensa. El *tipo b* como capaz de expresar sus emociones adecuadamente, satisfaciendo las necesidades propias y de los demás. Por último, el *tipo c*, se caracterizaría por reprimir sus emociones, propio de una persona abnegada y pasiva, muy cooperativa y con bajo nivel de asertividad.

Los individuos con personalidad *tipo c* actúan frente al estrés con un control excesivo de las emociones, no expresando sus emociones negativas y, en consecuencia, no presentando conductas adecuadas asociadas a ese tipo de emociones (52). “Son personas cooperativas, pasivas, evitadoras de conflicto (con necesidad de armonía), supresoras de emociones negativas,

rígidas, que emplean como estrategia de afrontamiento la represión, y predispuestas a experimentar desesperanza y depresión” (53). La inadecuada manifestación de las emociones negativas de una persona tipo c no se produce porque no sea capaz de expresar sus emociones (53) sino porque presenta dificultades para tomar conciencia de la emoción (52), ya que hay un predominio de lo racional sobre lo emocional (54). Temoshok, en 1987 (49), refiere que el estilo de afrontamiento de la persona *tipo c* parece ser adaptativo a corto plazo en las relaciones sociales, pero resulta muy desadaptativo a nivel personal, y supone altos costes a largo plazo.

En una investigación realizada en Madrid en 2008 se evaluó la personalidad tipo c mediante dos de sus características más significativas (falta de expresión de las emociones negativas y necesidad de armonía) en una muestra de 480 mujeres, de las cuales 70 fueron diagnosticadas de Ca mama, 271 presentaban patología benigna y 139 eran controles. Los resultados mostraron que aquellas mujeres con diagnóstico de Ca mama tenían puntuaciones más altas que los otros dos grupos en los dos aspectos de la personalidad evaluados. Aunque sugieren que estos resultados deben ser tomados con precaución (55).

Un estudio prospectivo llevado a cabo en Finlandia con una muestra de 115 mujeres no halló una asociación específica entre una personalidad predisponente al Ca de mama y el riesgo de padecerlo. Aunque puntualizan que mujeres con Ca mama tienen más riesgo de presentar características de esta personalidad predisponente tipo c (56).

Además de los estudios dónde se tiene en cuenta la personalidad tipo c hay investigaciones realizadas desde otros modelos teóricos que no encuentran evidencia empírica que relacione la personalidad con el riesgo de desarrollar Ca mama.

Tabla 2. Estudios realizados desde otros modelos de personalidad

Autores y año de publicación	Diseño de estudio	Tipo estrés	Resultados
Hopson ⁽⁵⁷⁾ 2007	Caso/Control	Extroversión Introversión	Se evaluó la extraversión en 44 mujeres, de las cuales 34 fueron diagnosticadas de Ca mama, encontrando un aumento significativo del riesgo de desarrollar Ca mama en las mujeres introvertidas.
Bleiker ⁽⁵⁸⁾ 2008	Estudio de cohorte	Personalidad (10 rasgos): ansiedad, enfado, depresión, racionalidad, antiemocionalidad, comprensión, optimismo, apoyo social, control emocional, expresión emocional interna y externa.	No se encontró asociación significativa entre los rasgos de personalidad y riesgo de desarrollar Ca mama. Además, tampoco se ha encontrado asociación entre la combinación de determinados rasgos de personalidad (personalidad predispuesta al Ca) y el riesgo de desarrollar esta enfermedad.
Nakaya ⁽⁵⁹⁾ 2013	Revisión sistemática	Personalidad	Los efectos de las características de personalidad en el riesgo de desarrollar Ca mama con extremadamente pequeños.
Lemogne ⁽⁶⁰⁾ 2013	Prospectivo 1139 mujeres 16 años seguimiento	Personalidad tipo 1 y tipo 5	Encontró que la personalidad tipo 1 estaba asociada con menos riesgo de padecer Ca mama, mientras la personalidad tipo 5 no estaba asociada con mayor riesgo de Ca de mama.
Jokela ⁽⁶⁾ 2014	Estudio de cohorte	Modelo de 5 factores	Ninguno de los factores de la personalidad evaluados ha mostrado asociación con riesgo de desarrollar Ca mama.
Minami ⁽⁶¹⁾ 2015	Prospectivo de cohorte 15107	Extraversión Neuroticismo Psicoticismo	Hallaron que aquellas mujeres con puntuaciones altas en extraversión tienden a presentar menos riesgo de padecer Ca mama, aunque esta asociación es débil y concluyen que los resultados indican que la personalidad no tiene un impacto significativo en el desarrollo del Ca mama.
Sawada ⁽³⁾ 2016	Estudio de cohorte	Personalidad. Se evaluaron dos rasgos: firmeza e "ikigai" (realización personal)	Características de personalidad no son un factor de riesgo importante a la hora de desarrollar Ca mama.

Cáncer de mama y perspectiva de género

“Nos convertimos en expertas en portarnos bien, sobre todo como mujeres: somos buenisimas ocultando nuestros sentimientos y poniendo al mal tiempo buena cara ante los demás” p. 29 (62).

El Ca mama puede ser entendido como un fenómeno colectivo y desde una perspectiva de género. Ser hombre o mujer de la especie humana

nos condiciona en nuestra vida, no solo desde un punto de vista genético o biológico sino también y sobre todo en aspectos psicológicos, sociales, culturales y comportamentales. La sociedad espera de nosotros diferentes comportamientos en función de nuestro género, lo que conocemos como diferencias o desigualdades de género, que limitan la capacidad de las mujeres para proteger su salud. La construcción social de género incrementa la vulnerabilidad y, por tanto, condiciona



a la biología en determinadas cuestiones de salud, como ocurre en el Ca mama dónde hay una diferencia, ya que se da predominantemente en mujeres (63).

El autocuidado, la regulación emocional y relaciones personales son algunos de los aspectos que evidencian la importancia del género en el Ca mama. En el ámbito psicosocial se habla del autocuidado como un factor de protección tanto a nivel de prevención, como de adaptación y afrontamiento del Ca mama cuándo ya ha sido diagnosticado (64). El condicionante de género impide a la mujer emplear estrategias de afrontamiento adecuadas ante determinadas situaciones de su vida. El autocuidado es un factor de protección, pero el rol de la mujer en la sociedad implica anteponer el cuidado de otros al suyo y esto puede convertirse en un factor de riesgo (62). Para regularnos emocionalmente empleamos una serie de estrategias de afrontamiento con el objetivo de modular la expresión de nuestras emociones. La elección de las estrategias tiene efectos en nuestro bienestar psicológico y, por tanto, en nuestra salud (65, 66).

La inteligencia emocional está relacionada con la regulación emocional y sería la capacidad de una persona para percibir, identificar sus estados emocionales, aceptándolos y expresándolos de forma adecuada (65). Tener una buena inteligencia emocional se asocia con una menor afectación psicológica ante eventos vitales negativos o estresantes (65,67) Ceballos-Fontes y García en el 2016 muestran la relación entre el diagnóstico de Ca mama, roles de género y personalidad tipo c, ya que indican que la necesidad de armonía, un factor característico de la personalidad tipo c, influye de forma negativa en el autocuidado, la autoexploración mamaria y en no acudir en el momento adecuado al médico. Es decir, la personalidad tipo c (“no pasa nada”) estaría relacionada e influenciada por los roles de género (rol de cuidadora de la mujer, etc.) influyendo en la calidad de vida de las mujeres y en su diagnóstico de Ca de mama(68).

Conclusiones

Partiendo del principio básico de que la aparición del Ca mama no puede ser planteada como una causalidad lineal, sino multicausal, la literatura pone de manifiesto cierta evidencia de que

el estrés psicológico (eventos vitales estresantes) y el estrés percibido juegan un papel importante en la aparición del Ca mama. Frente a estos estudios que avalan esta asociación hay otras investigaciones que no han encontrado relación entre estrés psicológico o percibido y riesgo de padecer Ca mama.

Las investigaciones donde se encontró asociación entre estrés psicológico y Ca mama parten de muestras de mujeres sanas y también de mujeres ya diagnosticadas de Ca mama. Por tanto, esta asociación podría estar mediatizada por el diagnóstico previo de Ca mama, predisponiendo a una connotación negativa de los estresores vitales y sus estrategias de afrontamiento.

Parece haber incongruencia entre la comunidad científica y las mujeres que padecen Ca mama en cuanto a la relación factores psicológicos, concretamente estrés y Ca mama. Mientras el Instituto Nacional del Cáncer y la Asociación Americana contra el Cáncer indican que la evidencia científica de esta relación es débil, muchas mujeres identifican al estrés como una de sus causas principales, seguido de otros factores de tipo psicosocial. La subjetividad de esta percepción se justifica porque la mujer lo que recuerda es el malestar emocional asociado al evento estresante y que ha quedado plasmado en las huellas de memoria. De este modo asocia el sufrimiento con la aparición del Ca mama, realizando una atribución arbitraria. Por lo tanto, incrementar la investigación que relaciona factores psicológicos y Ca mama estaría plenamente justificado como respuesta a la percepción de estas mujeres que son realmente las protagonistas.

Actualmente tampoco hay consenso sobre la relación existente entre la personalidad y Ca mama. Mientras que en la literatura se plantea la asociación entre el riesgo de padecer Ca mama y la personalidad, la investigación no es concluyente por la escasez de evidencia empírica y la falta de acuerdo en los constructos empleados en las investigaciones (52).

El comportamiento de la persona tipo c no solo puede inducir a conductas de riesgo, como el consumo de alcohol y tabaco, sino que su característica de evasión emocional la puede llevar a no expresar sus emociones negativas, y en vez

de disminuirlas, las acentúa, lo que dificulta el afrontamiento de los acontecimientos negativos. Esto hace que la persona pueda ignorar cambios y síntomas que se presenten, pudiendo retrasar el diagnóstico precoz y el inicio del tratamiento del Ca por posponer la búsqueda de ayuda médica (69). Hay investigadores que han señalado que el patrón tipo c se relaciona más con un estilo de afrontamiento hacia el Ca que con un tipo de personalidad premórbida (70).

No hay evidencias para afirmar que el Ca sea causado únicamente por una personalidad predisponente, sino que, junto a los efectos de otros factores (biológicos, psicológicos, sociales, culturales y ambientales) puede favorecer la aparición de la enfermedad. Tener en cuenta las características de la personalidad de las mujeres que padecen Ca mama nos permite conocer sus estrategias de afrontamiento y su forma de desenvolverse en las relaciones interpersonales. Desde este punto de partida se podrían crear acciones dirigidas a trabajar con estas mujeres estrategias de afrontamiento más adecuadas ante las circunstancias de la vida y los acontecimientos vitales negativos.

Los programas específicos para mujeres con Ca mama, además de tener en cuenta la perspectiva de género, deben centrarse en la inteligencia emocional como un factor esencial en la salud de las mujeres (71), ya que es un predictor de un afrontamiento adecuado y una buena adaptación a eventos vitales estresantes o negativos, como el diagnóstico de Ca mama (72).

Las estrategias de afrontamiento inadecuadas (supresión de las emociones, no comunicar...) podrían ser en muchos casos las elegidas por las mujeres antes de desarrollar Ca mama ante diferentes eventos en su vida. De ahí la importancia

de proporcionar a las mujeres enfermas de Ca mama nuevas estrategias de afrontamiento no tan mediadas por estereotipos de género para incluirlas en su repertorio de conductas.

El Ca mama y su impacto en nuestra sociedad debe ser entendido desde la perspectiva de género, ya sea a la hora de analizar la incidencia, la supervivencia o los factores de riesgo (73). La Estrategia en Ca del Sistema Nacional de Salud ha incorporado el enfoque de género en sus objetivos como un reto desde 2005. Esto se pone de manifiesto en el cribado poblacional, en los controles realizados en mujeres, etc. (74). La perspectiva de género está ausente en las investigaciones, y por ello debemos seguir avanzando en esta línea hacia los aspectos psicosociales, ya que muchos de ellos se dan únicamente en mujeres y apenas se han estudiado.

Debido a la alta incidencia del Ca mama en mujeres, esta enfermedad se ha convertido en uno de los problemas de salud pública más graves. Es necesario realizar estudios, desde una perspectiva de género, que permitan obtener una mayor evidencia empírica acerca de la importancia de los factores de riesgo implicados en la aparición del Ca mama. Desde el punto de vista de la prevención, el objetivo es que las mujeres adquieran la capacidad y los recursos necesarios para utilizar estrategias o mecanismos de afrontamiento adecuados que les permitan adaptarse a eventos vitales estresantes.

Contacto

María Fernández Rodríguez ✉ maria.fernandezr@sespa.es
 Centro de Salud Mental I “La Magdalena”
 Valdés Salas, 4 • 33400 Avilés • Asturias



Referencias bibliográficas

1. Rivero Burón R, Piqueras Rodríguez JA, Ramos Linares V, García López LJ, Martínez González AE, Oblitas Guadalupe LA. Psicología y Cáncer. *Suma Psicológica* 2008;15(1):171-97.
2. Klinger JC, Herrera JA, Díaz ML, Jhann AA, Avila GI, Tobar CI. La psiconeuroinmunología en el proceso salud enfermedad. *Colombia Médica* 2005; 36(2).
3. Sawada T, Nishiyama T, Kikuchi N, Wang C, Lin Y, Mori M, et al. The influence of personality and perceived stress on the development of breast cancer: 20-year follow-up of 29,098 Japanese women. *Scientific Reports* 2016; 6: 325-59. doi:10.1038/srep32559
4. Arbizu JP. Factores psicológicos que intervienen en el desarrollo del cáncer y en la respuesta al tratamiento. *An Sist Sanit Navar* 2000; 24(1).
5. Camps C, Sánchez P, Sirera R. Inmunología, estrés, depresión y cáncer. *Psicooncología* 2006; 3(1): 35-48.
6. Jokela M, Batty GD, Hints T, Elovainio M, Hakulinen C, Kivimäki M. Is personality associated with cancer incidence and mortality? An individual-participant meta-analysis of 2156 incident cancer cases among 42 843 men and women. *Brit J Cancer* 2014;110(7):1820-24. doi: 10.1038/bjc.2014.58.
7. Schoemaker MJ, Jones ME, Wright LB, Griffin J, McFadden E, Ashworth A, et al. Psychological stress, adverse life events and breast cancer incidence: a cohort investigation in 106,000 women in the United Kingdom. *Breast Cancer Res: BCR* 2016;18(1). doi: 10.1186/s13058-016-0733-1.
8. Centers for Disease Control and Prevention. Breast Cancer 2014.
9. National Cancer Institute. Breast Cancer 2014.
10. Las cifras del cáncer en España. Sociedad Española de Oncología Médica 2017.
11. Programas Claves de Atención Interdisciplinar (PCAI): Cáncer de Mama 2004.
12. Programas Claves de Atención Interdisciplinar (PCAI) Actualización: Cáncer de Mama 2013.
13. Hankinson SE, Colditz GA, Willett WC. Towards an integrated model for breast cancer etiology: the lifelong interplay of genes, lifestyle, and hormones. *Breast Cancer Res: BCR* 2004;6(5):213-18. doi: 10.1186/bcr921
14. Sun HL, Dong XX, Cong YJ, Gan Y, Deng J, Cao SY, et al. Depression and the risk of breast cancer: a meta-analysis of cohort studies. *Asian Pac J Cancer P* 2015;16(8):3233-39.
15. Catsburg C, Miller AB, Rohan TE. Active cigarette smoking and risk of breast cancer. *Int J Cancer* 2015;136(9):2204-2209. doi: 10.1002/ijc.29266
16. Friedenreich CM, MacLaughlin S, Neilson HK, Stanczyk FZ, Yasui Y, Duha A, et al. Study design and methods for the Breast Cancer and Exercise Trial in Alberta (BETA). *BMC Cancer* 2014;14. doi: 10.1186/1471-2407-14-919
17. Michael YL, Carlson NE, Chlebowski RT, Aickin M, Weihs KL, Ockene JK, et al. Influence of stressors on breast cancer incidence in the Women's Health Initiative. *Health Psychol* 2009;28(2):137-46. doi: 10.1037/a0012982
18. Nakaya N, Bidstrup PE, Saito-Nakaya K, Frederiksen K, Koskenvuo M, Pukkala E, et al. Personality traits and cancer risk and survival based on Finnish and Swedish registry data. *Am J Epidemiol* 2010;172(4):377-85. doi: 10.1093/aje/kwq046
19. Chida Y, Hamer M, Wardle J, Steptoe A. Do stress-related psychosocial factors contribute to cancer incidence and survival? *Nat Clin Pract Oncol* 2008; 5(8):466-75. doi:10.1038/ncponc1134
20. Pospel P, Adams E, Valentine JC. Depression as a risk factor for breast cancer: investigating methodological limitations in the literature. *Cancer Cause Control* 2012;23(8):1223-29. doi:10.1007/s10552-012-0014-y
21. Svensson T, Inoue M, Sawada N, Charvat H, Iwasaki M, Sasazuki S, et al. Coping strategies and cancer incidence and mortality: The Japan Public Health Center-based prospective study. *Cancer Epidemiol* 2016;40:126-33. doi:10.1016/j.canep.2015.12.003
22. Lazarus R. Patterns of adjustment. New York: McGraw-Hill; 1976.
23. Fischer A, Ziogas A, Anton-Culver H. Negative Valence Life Events Promote Breast Cancer Development. *Clin Breast Cancer* 2017. doi:10.1016/j.clbc.2017.10.017
24. Kruk J. Self-reported psychological stress and the risk of breast cancer: a case-control study. *Stress* 2012;15(2):162-71. doi:10.3109/10253890.2011.606340
25. Yildirim NK, Ozkan M, Ilgun AS, Sarsenov D, Alco G, Aktepe F, et al. Possible role of stress, coping strategies, and life style in the development of breast cancer. *Int J Psychiat Med* 2018. doi:10.1177/0091217417749789
26. Metcalfe C, Davey Smith G, Macleod J, Hart C. The role of self-reported stress in the development of breast cancer and prostate cancer: a prospective co-

- hort study of employed males and females with 30 years of follow-up. *Eur J Cancer* 2007;43(6):1060-65. doi:10.1016/j.ejca.2007.01.027
27. Wang L, Liao WC, Tsai CJ, Wang LR., Mao IF, Chen CC., et al. The effects of perceived stress and life style leading to breast cancer. *Women & Health* 2013;53(1):20-40. doi:10.1080/03630242.2012.732680
 28. Ozkan M, Yildirim N, Disci R, Ilgun AS, Sarsenov D, Alco G et al. Roles of biopsychosocial factors in the development of breast cancer. *Eur J Breast Health* 2017;13(4):206-12. doi: 10.5152/ejbh.2017.3519
 29. Lin Y, Wang C, Zhong Y, Huang X, Peng L, Shan G, et al. Striking life events associated with primary breast cancersusceptibility in women: a meta-analysis study. *J Exp Clin Cancer Res* 2013;32(1):53. doi: 10.1186/1756-9966-32-53
 30. Thomson AK, Heyworth JS, Girschik J, Slevin T, Saunders C, Fritschi, L. Beliefs and perceptions about the causes of breast cancer: a case-control study. *BMC Research Notes* 2014;7. doi:10.1186/1756-0500-7-558
 31. Dumalaon Canaria JA, Hutchinson AD, Prichard I, Wilson C. What causes breast cancer? A systematic review of causal attributions among breast cancer survivors and how these compare to expert-endorsed risk factors. *Cancer Causes Control* 2014;25(7):771-85. doi:10.1007/s10552-014-0377-3
 32. Coyne J, Ranchor A, Palmer S. Meta-analysis of stress-related factors in cancer. *Nature Reviews Clinical Oncology* 2010; 7.doi:10.1038/nncponc1134-c1
 33. Coyne JC, Johansen C. Confirmatory bias and the persistent influence of discredited data in interpreting the stress-cancer link: commentary on Michael et al. (2009).. *Health Psychol* 2011;30(4):410.
 34. Ferrucci LM, Cartmel B, Turkman YE, Murphy ME, Smith T, Stein K D, McCorkle R.Causal attribution among cancer survivors of the ten most common cancers. *J Psycho Oncol*;29(2):121-40. doi:10.1080/07347332.2010.548445
 35. Surtees PG, Wainwright N, Luben RN, Khaw KT, Bingham SA.No evidence that social stress is associated with breast cancer incidence. *Breast Cancer Res Treat* 2010;120(1):169-74. doi:10.1007/s10549-009-0454-6
 36. Santos MC, Horta BL, Amaral JJ, Fernandes PF, Galvao CM, Fernandes AF. Association between stress and breast cancer in women_ a meta-analysis. *Cad Saude Publica* 2009;25(3):453-55.
 37. Schraub S, Sancho-Garnier H, Velten M. Should psychological events be considered cancer risk factors? *Rev Epidemiol Sante Publique* 2009;57(2):113-23. doi: 10.1016/j.respe.2008.12.012
 38. Lopez M, Cauchi C, Sergi D, Amodio A, Paoletti G, Vici P, Di Lauro L. Psyche and Cancer. *Clin Ter* 2010;161(1):69-75.
 39. Eskelinen M, Ollonen P. Life stress and losses and deficit in adulthood as breast cancer risk factor: a prospective case-control study in Kuopio, Finland. *In Vivo* 2010;24(6):899-904
 40. Fallah R, Akbari ME, Azargashb E, Khayamzadeh E. Incidence and Survival in Breast Cancer Patients and stressful life events 2016;17(3):245-52.
 41. Arnaboldi P, Riva S, Crico C, Pravettoni G. A systematic literatura review exploring the prevalence of post-traumatic stress disorder and the role played by stress and traumatic stress in breast cancer diagnosis and trajectory. *Breast Cancer* 2017;9:473-85. doi: 10.2147/BCTT.S111101
 42. Rastegarimehr B, Zahedi A, Yavari P, Lofti MH, Taheri M. The association between adverse events in the last 5 years and the rate of breast cancer. *Iran J Public Health* 2018;47(2):280-85.
 43. Chiriac VF, Baban A, Dumitrascu DL. Psychological stress and breast cancer incidence: a systematic review. *Clujul Med* 2018;91(1):18-26. doi: 10.15386/cjmed-924
 44. Peled R, Carmil D, Siboni O, Shoham I. Breast cancer, psychological distress and life events among Young women. *BMC Cancer* 2008;8. doi: 10.1186/1471-2407-8-245
 45. Bermúdez J, Pérez A. *Psicología de la Personalidad*. Madrid: UNED; 2011
 46. Pérez Reyes J.Cáncer y Personalidad, una Aproximación a la Verdad. *Hallazgos* 2017;2(1).
 47. Lillberg K, Verkasalo PK, Kaprio J, Helenius H, Koskenvuo M. Personality characteristics and the risk of breast cancer: A prospective cohort study. *Int J Cancer* 2002;100(3):361-66. doi:10.1002/ijc.10484
 48. Osler W. *Aeguanimitas*. New York: McGraw – Hill; 1986
 49. Temoshok L. Personality, coping style, emotion and cancer: towards an integrative model. *Cancer Surveys* 1990;6(3):545-67.
 50. Andreu Y. Algunas consideraciones conceptuales y metodológicas en la investigación sobre el patrón de la conducta tipo c. *Análisis psicológica*. 1998; 4(16):569-79.



51. Vinaccia S. El patrón de conducta *tipo c* en pacientes con enfermedades crónicas. *Rev C Psi* 2003;32(1):161-68.
52. Cardona EJ, Jaramillo AC, Facio VE. Relación entre la personalidad tipo C y el cáncer: Estado del arte. *Revista virtual de Ciencias Sociales y Humanas* 2013;7(10):66-92.
53. Contrada R, Leventhal H, O'Leary A. Personality and Health. En L.A. Pervin (Ed.), *Handbook of life stress, cognition and health*, Nueva York Wiley;1990.
54. Wood D. *El Poder de la Personalidad*. New York: EBSCO Publishing; 2008
55. Sebastián J, León M, Hospital A. Variables psicosociales y cáncer de mama: Un estudio cuasipropectivo de la personalidad tipo C. *Revista latinoamericana de psicología* 2009; 41(3): 461-479.
56. Eskelinen M, Ollonen P. Assessment of "cancer-prone personality" characteristics in healthy study subjects and in patients with breast disease and breast cancer using the commitment questionnaire: a prospective case-control study in Finland. *Anticancer Res* 2011;31(11):4013-17.
57. Hopson J. "Breast Cancer and Personality Type". *School of Physician Assistant Studies* 2007; 18.
58. Bleiker EM, Hendriks JH, Otten JD, Verbeek AL, Van der Ploeg HM. Personality factors and breast cancer risk: a 13 year follow up. *J Natl Cancer Inst* 2008;100(3):213-8. doi: 10.1093/jnci/djm280
59. Nakaya N. Effect of psychosocial factors on cancer risk and survival. *J Epidemiol* 2014;24(1):1-6.
60. Lemogne C, Consoli SM, Geoffroy-Perez B, Coeuret-Pellicier M, Nabi H, Melchior M, et al. Personality and the risk of cancer: a 16-year follow-up study of the GAZEL cohort. *Psycho Med* 2013; 75(3): 262-71. doi:10.1097/PSY.0b013e31828b5366
61. Minami Y, Hosokawa T, Nakaya N, Sugawara Y, Nishino Y, Kakugawa Y, et al. Personality and breast cancer risk and survival: the Miyagi cohort study. *Breast Cancer Res Treat* 2015;150(3):675-84. doi:10.1007/s10549-015-3364-9
62. Wilkinson S. Mujeres feministas en lucha contra el cáncer de mama: lo personal y lo político. *An Psicol* 2008;39(1):23-9.
63. Kiss A, Meryn S. "Effect of sex and gender on psychosocial aspects of prostate and breast cancer". *Brit Med J* 2001;323(7320):1055-58.
64. Hermel J, Pizzinato A, Calderón M. Mujeres con cáncer de mama: apoyo social y autocuidado percibido. *Rev Psicología* 2015;33(2):439-67.
65. Zayas, A. Factores psicoemocionales y ajuste psicológico asociados al cáncer de mama [Tesis doctoral en internet]. Universidad de Sevilla, Sevilla;2015
66. Porro M, Andrés M, Rodríguez-Espínola S. Regulación emocional y cáncer: utilización diferencial de la expresión y supresión emocional en pacientes oncológicos. *Avances en Psicología Latinoamericana* 2012;30(2):341-55.
67. Mikolajczak M, Petrides KV, Coumans N, Luminet O. The moderating effect of trait emotional intelligence on mood deterioration following laboratory-induced stress. *Int J Clin H Psychol* 2009; 9:455-77.
68. Ceballos-Fontes M, García MJ. Roles de género tradicionales y personalidad tipo c en mujeres con diagnóstico de cáncer de mama. *Rev UAEM* 2016;23(3):229-38.
69. De Vita V, Lawrece T, Rosenberg S. *Principles and practice of oncology* 10th edition. Washington: Lippincott Williams and Wilkins; 2013.
70. Torres Mariño A. Relación entre el patrón de conducta tipo C y el cáncer de mama. *Univers Psychol* 2006;5(3):563-74.
71. Martins A, Ramalho N, Morin A comprehensive meta-analysis of the relationship between emotional intelligence and health. *Pers indiv differ* 2010;49(6):554-64.
72. Cerezo M, Ortiz-Tallo M, Cardenal V, De la Torre-Luque A. Positive Psychology group intervention for breast cancer patients: a randomised trial. *Psychol Rep* 2014; 115(1):44-64.
73. Abreth T, Borràs, J, Conroy R. *European guide for quality cancer control programmes*. Ljubljana: European partnership action against cancer; 2014.
74. Borràs JM. La perspectiva del género en el cáncer: una visión relevante y necesaria. *Arbor*. 2015; 191(773).

• Recibido: 21/12/2021.

• Aceptado: 28/05/2022.