


DESDE LAS AULAS

Factores en el control del riesgo de obesidad en mujeres con cáncer de mama: revisión narrativa


Factors Influencing Obesity Risk Control among Women with Breast Cancer

LUX MÉDICA


 **Emmanuel Arturo Payán Flores**
Universidad Autónoma de Chihuahua, México
eapayan@uach.mx

 **Yadira Mejía Mejía**
Universidad Autónoma de Chihuahua, México
ymajia@uach.mx

 **Mariely Acosta Álvarez**
Universidad Autónoma de Aguascalientes, México
mariely.acosta@edu.uaa.mx

 **Diana Cristina Navarro Rodríguez**
Instituto Mexicano del Seguro Social, México
diananavero_06@hotmail.com

 **Karla Pamela Moriel Galarza**
Universidad Autónoma de Chihuahua, México
kmoriel@uach.mx

 **Eglentina Micaela Ángeles García**
Universidad Autónoma de Chihuahua, México

Lux Médica

vol. 21, núm. 62, 2026

Universidad Autónoma de Aguascalientes, México

ISSN-E: 2007-8714

Periodicidad: Cuatrimestral

revistaluxmedica@edu.uaa.mx

Recepción: 16 julio 2025

Resumen: Introducción: La obesidad representa un factor de riesgo y mal pronóstico en mujeres con cáncer de mama (CaMa). Existen diversos factores conductuales, fisiológicos y ambientales que modulan dicho riesgo. Objetivo: Analizar e integrar la evidencia disponible sobre los factores influyentes en el control del riesgo de obesidad en mujeres con cáncer de mama, organizándolos en un esquema conceptual de seis dominios interrelacionados, con el propósito de aportar una base teórica para el diseño de intervenciones multicomponente para el cuidado clínico y comunitario. Material y métodos: Revisión narrativa de la literatura. Se seleccionaron estudios publicados entre 2007 y 2025 en bases de datos electrónicas (PubMed, Scopus, SciELO y Google Scholar), empleando combinaciones de palabras clave en inglés y español. Se priorizaron estudios con mujeres con CaMa o con variables relevantes para el control del riesgo de obesidad. Se analizaron 26 estudios. Resultados: Se identificaron factores clave en seis categorías: patrones de consumo de alimentos y actividad física, composición corporal y biomarcadores personales, entorno alimentario, autoeficacia percibida del peso, autorregulación del peso y control del riesgo de obesidad. Se sintetizan las principales características de los estudios incluidos. Conclusiones: El control del riesgo de obesidad en mujeres con CaMa es multifactorial. Las variables identificadas deben considerarse en diseños de intervención y modelos explicativos para mejorar la prevención y el pronóstico en esta población.

Palabras clave: Cáncer de mama, Obesidad, Actividad física, Autoeficacia, Autorregulación, Entorno alimentario.

Notas de autor

eapayan@uach.mx

Aprobación: 11 febrero 2026

URL: <https://portal.amelica.org/ameli/journal/486/4865616005/>

Abstract: Introduction: Obesity represents both a risk factor and a predictor of poor prognosis in women with breast cancer (BC). Various behavioral, physiological, and environmental factors modulate this risk. **Objective:** To analyze and integrate the available evidence on factors influencing obesity risk control in women with breast cancer, organizing them into a six-domain conceptual framework to provide a theoretical basis for the development of multicomponent interventions and explanatory models applicable to clinical and community care. **Materials and methods:** A narrative literature review. Studies published between 2007 and 2025 were selected from electronic databases (PubMed, Scopus, SciELO, and Google Scholar), using combinations of keywords in English and Spanish. Priority was given to studies involving women with BC or those addressing relevant variables for obesity risk control. A total of 26 studies were analyzed. **Results:** Key influencing factors were identified and grouped into six categories: dietary and physical activity patterns, body composition and biomarkers, food environment, perceived weight self-efficacy, weight self-regulation, and obesity risk control. Characteristics of the included studies are summarized in Table 1. **Conclusions:** Obesity risk control in women with BC is multifactorial. The variables identified should be considered in the design of interventions and explanatory models to improve prevention and prognosis in this population.

Keywords: Breast cancer, Obesity, Physical activity, Self-efficacy, Self-regulation, Food environment..

Introducción

La obesidad es un problema de salud pública con impacto creciente en mujeres con cáncer de mama (CaMa), donde se ha asociado con peor pronóstico, mayor mortalidad y deterioro en la calidad de vida¹. En México, se estima que 41% de las mujeres adultas vive con obesidad y hasta 96% de las mujeres con CaMa reporta ganancia de peso durante el tratamiento^{2,3}. La acumulación de grasa corporal, en especial a nivel visceral, se vincula con un entorno inflamatorio y hormonal que favorece la progresión tumoral⁴. Asimismo, factores conductuales, psicológicos y ambientales dificultan el mantenimiento de un peso saludable durante el proceso oncológico⁵⁻⁷. La evidencia también señala afectaciones en el bienestar emocional, percepción de control y función física relacionadas con fatiga, cambios metabólicos y desafíos psicológicos derivados del tratamiento⁸⁻¹¹.

El control del riesgo de obesidad puede entenderse como el conjunto de conductas, recursos personales y condiciones del entorno que permiten prevenir la ganancia excesiva de peso o favorecer su reducción controlada. Diversas variables influyen en este proceso, incluyendo patrones alimentarios, actividad física, composición corporal, biomarcadores metabólicos, entorno alimentario, autoeficacia y autorregulación del peso^{6,7,12}. Factores socioculturales y económicos también condicionan la adopción de conductas saludables, especialmente cuando existen efectos adversos del tratamiento como fatiga, limitación funcional o cambios emocionales¹³⁻¹⁵.

A pesar de la amplia literatura disponible, los hallazgos suelen presentarse fragmentados por variable o tipo de población, lo cual limita su aplicación clínica integral. En este contexto, el objetivo de esta revisión narrativa es analizar e integrar evidencia reciente sobre los principales factores influyentes en el control del riesgo de obesidad en mujeres con cáncer de mama, incorporando estudios observacionales, experimentales y de intervención. Este enfoque busca articular variables conductuales, metabólicas y contextuales desde una perspectiva clínica integradora, con el fin de identificar oportunidades estratégicas para la promoción de la salud, el acompañamiento terapéutico y la planificación de cuidados orientados al control del riesgo de obesidad.

Asimismo, la presente revisión no se limita a describir factores aislados, sino que propone una integración conceptual de variables conductuales, metabólicas, psicológicas y ambientales en seis dominios interrelacionados. Esta articulación busca superar la

fragmentación habitual de la evidencia y ofrecer un marco comprensivo que facilite la planificación de intervenciones clínicas y comunitarias, así como el desarrollo de modelos explicativos orientados al control del riesgo de obesidad en mujeres con cáncer de mama.

Material y métodos

Se realizó una revisión narrativa de la literatura entre febrero y mayo de 2025 en las bases de datos PubMed, Scopus, SciELO y Google Scholar. La estrategia de búsqueda combinó descriptores en español e inglés mediante operadores booleanos, incluyendo: (“breast cancer” OR “cáncer de mama”) AND (“obesity” OR “obesidad”) AND (“physical activity” OR “actividad física”) AND (“diet” OR “alimentación”) AND (“self-efficacy” OR “autoeficacia”) AND (“self-regulation” OR “autorregulación”) AND (“food environment” OR “entorno alimentario”) AND (“weight control” OR “control del peso”).

Se incluyeron estudios publicados entre 2007 y 2025 con diseños observacionales, longitudinales, experimentales y de intervención que abordaran factores asociados al riesgo de obesidad en mujeres con cáncer de mama. De manera complementaria, se incorporaron estudios en población general cuando aportaban evidencia relevante sobre mecanismos conductuales relacionados con el control del peso corporal. Se excluyeron artículos sin acceso a texto completo, cartas al editor, reportes de caso y estudios realizados exclusivamente en población masculina.

El proceso de selección se realizó en tres etapas: (1) revisión de títulos, (2) lectura de resúmenes y (3) evaluación del texto completo. Se priorizaron estudios con definiciones operativas claras, instrumentos estandarizados y análisis estadísticos explícitos. La selección final incluyó 26 artículos que representaron diversidad de diseños, poblaciones y contextos con el propósito de reflejar la complejidad del fenómeno.

Dado el carácter narrativo de la revisión, no se aplicó una evaluación formal de calidad metodológica ni un protocolo tipo PRISMA¹⁶. No obstante, se privilegió literatura reciente (principalmente de los últimos 10 años), manteniendo algunos estudios previos considerados fundacionales para la comprensión de la relación entre obesidad y cáncer de mama. Esta aproximación permitió identificar patrones transversales, reconocer inconsistencias y señalar vacíos de conocimiento relevantes para el desarrollo de futuros estudios con diseños más robustos.

Resultados

En total se analizaron 26 estudios, los cuales se presentan resumidos en la Tabla 1. La información se organizó en seis categorías temáticas: patrones de consumo de alimentos y actividad física, composición corporal y biomarcadores personales, entorno alimentario, autoeficacia percibida del peso, autorregulación del peso y control del riesgo de obesidad. Como parte del análisis, se realizó una síntesis narrativa de los instrumentos de medición utilizados en cada categoría, con el propósito de identificar los métodos más frecuentemente empleados para evaluar las variables relevantes, su validez reportada y su aplicabilidad en poblaciones. A continuación, se describen los principales hallazgos por categoría, destacando los instrumentos específicos utilizados en los estudios seleccionados. En particular, se observó que los estudios convergen en destacar el valor de instrumentos estandarizados para medir dieta, actividad física, autoeficacia y autorregulación, y su papel en predecir variaciones en peso y marcadores metabólicos en distintas poblaciones^{5-15,17-18}.

En términos instrumentales, predominó el uso del Cuestionario de Frecuencia Alimentaria (FFQ, por sus siglas en inglés) y registros dietéticos para la ingesta alimentaria, IPAQ y acelerometría para la actividad física; antropometría basada en el índice de masa corporal (IMC), circunferencia de cintura (CC) y relación cintura-cadera (RCC), perfil bioquímico (glucosa, lípidos, insulina) para la composición corporal y el estado metabólico, y escalas de autoeficacia y autorregulación para procesos psicológicos. En entorno alimentario, los estudios convergieron en NEMS-P y adaptaciones relacionadas. Este mapa de instrumentos sugiere viabilidad para implementar protocolos de evaluación clínica que integren conductas, marcadores y contexto, favoreciendo una detección temprana de riesgo y el seguimiento de intervenciones multicomponente⁵⁻¹⁸.

Modelo conceptual integrador del control del riesgo de obesidad

A partir de la síntesis narrativa de los estudios incluidos, se construyó un modelo conceptual integrador que organiza los factores asociados al control del riesgo de obesidad en seis dominios interrelacionados: (1) patrones de consumo de alimentos y actividad física, (2) composición corporal y biomarcadores personales, (3) entorno alimentario, (4) autoeficacia percibida del peso, (5) autorregulación del peso y (6) control del riesgo de obesidad.

Este modelo plantea que las conductas de salud (alimentación y actividad física) constituyen el eje operativo del control del peso, moduladas por procesos psicológicos de autoeficacia y autorregulación, mientras que los cambios en la composición corporal

y los biomarcadores reflejan la respuesta fisiológica al tratamiento oncológico y a los estilos de vida. De manera transversal, el entorno alimentario actúa como facilitador o barrera estructural que condiciona las decisiones individuales¹⁹⁻²¹.

La interacción dinámica entre estos dominios permite comprender el control del riesgo de obesidad como un proceso multifactorial, donde los determinantes individuales y contextuales se retroalimentan a lo largo del continuo de atención oncológica. Este enfoque integrador proporciona una base conceptual para el diseño de intervenciones multicomponente y para la evaluación sistemática de resultados clínicos y conductuales.

Patrones de consumo de alimentos y actividad física

Los estudios revisados utilizaron principalmente el FFQ y el Cuestionario Internacional de Actividad Física (IPAQ, por sus siglas en inglés) para evaluar los comportamientos relacionados con la dieta y el ejercicio⁵⁻¹⁰. Se observó una tendencia clara: los patrones alimentarios ricos en fibra, frutas, verduras, granos integrales y pescado, junto con niveles adecuados de actividad física, se asociaron con un menor riesgo de desarrollar cáncer de mama o de presentar obesidad^{5,7-9}.

Por el contrario, el consumo elevado de grasa animal, lácteos altos en grasa y productos procesados se relacionó con un mayor riesgo^{6,7,10}. Además, se documentó que muchas mujeres experimentaron ganancia de peso durante o después del tratamiento, particularmente aquellas con bajo nivel de actividad física^{10,12}. No obstante, varios estudios reportaron dificultades para la adherencia sostenida a patrones saludables debido a fatiga, dolor y cambios emocionales relacionados con el tratamiento, lo que coincide con hallazgos en poblaciones con cáncer que enfrentan limitaciones funcionales y barreras psicosociales⁸⁻¹². Estas observaciones sugieren que las estrategias educativas y de acompañamiento clínico deben ser sensibles al contexto terapéutico y las necesidades emocionales de las mujeres durante el tratamiento⁵⁻¹².

En conjunto, estos hallazgos evidencian que la calidad del patrón alimentario y la dosificación de la actividad física (frecuencia, duración e intensidad) pueden modular la trayectoria de peso durante y después del tratamiento. La identificación de barreras percibidas (dolor, fatiga, tiempo, apoyo social limitado) y de facilitadores (educación estructurada, monitoreo, metas graduales) permite personalizar estrategias, haciendo realistas las metas de cambio y mejorando la adherencia a mediano plazo⁵⁻¹².

Composición corporal y biomarcadores personales

Los estudios incluidos en esta categoría emplearon mediciones antropométricas (IMC, circunferencia de cintura, pliegue tricípital) y análisis bioquímicos (glucosa, triglicéridos, HDL-c e insulina)¹⁵⁻¹⁹. Se identificaron cambios significativos en la composición corporal inducidos por la quimioterapia, especialmente aumento de la masa grasa, glucemia y marcadores lipídicos, los cuales persistieron incluso tras el tratamiento^{15,18,19}. De igual forma, un mayor índice de adiposidad y alteraciones metabólicas se asociaron con una mayor mortalidad específica por cáncer de mama¹⁷. Estas modificaciones corporales y metabólicas coinciden con lo reportado en cohortes de mujeres con CaMa que enfrentan mayor adiposidad, alteración del perfil lipídico y cambios en glucosa y triglicéridos tras tratamientos sistémicos, reafirmando la necesidad de seguimiento clínico riguroso¹⁵⁻¹⁹.

Desde una perspectiva clínica, el monitoreo periódico de antropometría y biomarcadores puede anticipar trayectorias metabólicas desfavorables y orientar ajustes tempranos en el plan de cuidados. La consideración de fenómenos como obesidad sarcopénica y resistencia a la insulina aporta elementos para estratificar riesgo y priorizar intervenciones en pacientes con cambios rápidos de composición corporal tras quimioterapia¹⁵⁻¹⁹.

Entorno alimentario

Los estudios sobre entorno alimentario, que utilizaron el instrumento entorno alimentario percibido (NEMS-P, por sus siglas en inglés), mostraron que la proximidad y frecuencia de compras en tiendas con oferta limitada de alimentos saludables incrementa el riesgo de obesidad^{20,21}. La movilidad limitada (compra caminando o por cercanía) también condiciona el tipo y cantidad de productos adquiridos, favoreciendo patrones alimentarios inadecuados²¹. Sin embargo, se observó que una mayor percepción de disponibilidad de alimentos saludables no siempre se traduce en una mejor ingesta, lo que apunta a la necesidad de considerar también factores individuales y culturales²². Tal como reflejan estudios que evalúan la disponibilidad de alimentos y el desplazamiento para adquirirlos, aun cuando las mujeres perciben accesibilidad a alimentos saludables, las prácticas de consumo pueden estar más influenciadas por hábitos familiares, costos y preferencias culturales que por la oferta disponible²⁰⁻²².

Para la práctica, esto implica intervenir más allá de la educación individual: gestionar entornos (hogar, trabajo, comunidad) que faciliten decisiones saludables y reduzcan la exposición a opciones de alta densidad energética. Iniciativas como ajustes en oferta local, señalización clara de opciones saludables y rutas peatonales seguras pueden sumar beneficios incrementales cuando se implementan de manera consistente y culturalmente pertinente²⁰⁻²².

Autoeficacia percibida del peso

Tres estudios analizaron el papel de la autoeficacia como determinante del control del peso corporal²³⁻²⁵. Se observó una correlación negativa significativa entre autoeficacia e IMC, lo que indica que las personas con mayor percepción de capacidad personal para regular su peso presentan menor adiposidad^{23,24}. En poblaciones vulnerables como adolescentes o embarazadas, la autoeficacia demostró ser un factor de protección frente al sobrepeso, aunque su cambio a lo largo del tiempo fue limitado en intervenciones breves²⁵.

Operativamente, reforzar la autoeficacia requiere metas específicas y graduadas, retroalimentación frecuente y experiencias de dominio que validen el progreso, incluso en presencia de síntomas. La evidencia sugiere que intervenciones breves pueden ser insuficientes, por lo que conviene planear seguimientos y refuerzos que sostengan la percepción de capacidad a lo largo del proceso terapéutico²³⁻²⁵.

Autorregulación del peso

La autorregulación se evaluó mediante escalas específicas que miden la capacidad de controlar conductas relacionadas con la alimentación y la actividad física²⁶⁻²⁸. Los estudios mostraron que una mayor autorregulación se asocia con el cumplimiento de recomendaciones nutricionales, menor IMC y mayor bienestar subjetivo²⁶. Las personas con normopeso tienden a regular su peso mediante el ejercicio, mientras que quienes presentan obesidad lo hacen principalmente mediante el control alimentario²⁸.

En términos aplicados, la autorregulación se beneficia de rutinas de automonitoreo, planificación de implementación, revisión de barreras y ajustes semanales. La inclusión de herramientas digitales y contacto remoto puede facilitar la adherencia, especialmente cuando la asistencia presencial se ve limitada por el tratamiento o la logística familiar²⁶⁻²⁸.

Control del riesgo de obesidad

Dos estudios mexicanos abordaron de forma explícita el control del riesgo de obesidad desde un enfoque integrador^{29,30}. En adolescentes, un modelo explicativo basado en la autorregulación y los hábitos alimentarios explicó 27% de las conductas de control del peso²⁹. Asimismo, se demostró que la reducción del consumo de bebidas azucaradas impacta positivamente en la prevalencia de sobrepeso y obesidad en el contexto escolar³⁰.

Tabla 1. Evidencia sobre factores asociados al control del riesgo de obesidad en mujeres con cáncer de mama

Tabla 1

Evidencia sobre factores asociados al control del riesgo de obesidad en mujeres con cáncer de mama

Categoría	Nº	Autor y año	Tipo de estudio	Instrumento(s) de medición	Población	Hallazgos clave
Patrones de consumo de alimentos y actividad física	1	Song et al., 2022 ⁵	Cohorte	FFQ validado (103 ítems)	40,432 mujeres surcoreanas ≥ 40 años sin CaMa	Ingesta alta de vitaminas C y B6 se asocia con menor riesgo de CaMa en mujeres con obesidad (IMC ≥ 25 kg/m ²).
	2	Alabbody, 2018 ⁶	Caso-control	FFQ adaptado	100 mujeres con CaMa y 100 controles (35-70 años)	Dieta rica en grasa y sedentarismo asociados significativamente con mayor riesgo de CaMa.
	3	Kim & Nam, 2019 ⁷	Caso-control	FFQ validado (112 platillos), IPAQ	250 mujeres con CaMa y 250 controles	Bajo consumo de fibra, alta grasa animal y menor actividad física vinculados con obesidad.
	4	Kim et al., 2018 ⁸	Observacional	Registro dietético de 3 días	Sobrevivientes de CaMa en Corea	Patrón saludable asociado con mejor función física; dieta occidental relacionada con insomnio.

5	D'cunha et al., 2024 ⁹	Longitudinal con intervención	Recordatorio 24h (dos días)	159 sobrevivientes de CaMa (IMC prom. 31.4 kg/m ²)	Alimentación después de las 8 p.m. y ayuno nocturno <13h asociado con mayor riesgo metabólico.
6	Yaw et al., 2011 ¹⁰	Transversal	Recordatorio 24h + Nutritionist Pro	368 mujeres sobrevivientes de CaMa (≥6 meses postratamiento)	63% ganó peso; menor consumo de frutas y verduras en quienes aumentaron >10% peso corporal.
7	Pierce et al., 2007 ¹¹	Longitudinal	4 R-24 + biomarcadores	1,490 mujeres con CaMa estadio temprano	Estilo de vida saludable reduce 44% la mortalidad, independientemente del IMC.
8	Biskup et al., 2023 ¹²	Observacional	IPAQ (versión corta) y acelerómetro	135 sobrevivientes de CaMa en Polonia	Mayor obesidad asociada a menor actividad física moderada-vigorosa.
9	Ziegler et al., 2024 ¹³	Observacional	IPAQ	1,270 mujeres con CaMa metastásico	Actividad física alta mejora supervivencia en subtipo luminal B-like.
10	Lahart et al., 2014 ¹⁴	Transversal	IPAQ	188 mujeres atendidas en unidad móvil del NHSBSP	83% sin actividad vigorosa pese a reconocer beneficio; 58% con sobrepeso u obesidad.

Composición corporal y biomarcadores	11	Granados del Solar & Datta Banik, 2024 ¹⁵	Longitudinal	Antropometría y análisis bioquímico	66 mujeres con CaMa antes y después de quimioterapia	Aumentos en glucosa, triglicéridos y circunferencia de cintura tras quimioterapia.
	12	AlFaris et al., 2023 ¹⁶	Transversal	Medición antropométrica	456 mujeres saudíes (pre y posmenopáusicas)	Mayor circunferencia de cintura y menor pliegue tricípital en mujeres con CaMa.
	13	Crispo et al., 2023 ¹⁷	Observacional	IMC, CC, RCC, perfil lipídico y glucosa	Mujeres con CaMa en etapa temprana en Italia	Mayor adiposidad y alteraciones metabólicas predicen mortalidad específica por CaMa.
	14	Godinho-Mota et al., 2023 ¹⁸	Retrospectivo multicéntrico	IMC, índice de masa grasa	304 mujeres con CaMa en quimioterapia	Incrementos en IMC e índice de masa grasa tras tratamiento.
	15	Fredslund et al., 2019 ¹⁹	Observacional	Antropometría, triglicéridos e insulina	Mujeres con CaMa (seguimiento postquimioterapia)	Efectos adversos sostenidos en grasa corporal y perfil metabólico.
Entorno alimentario	16	García-López et al., 2019 ²⁰	Transversal	NEMS-P y antropometría	Mujeres adultas en Hermosillo, México	Compra diaria en tiendas de barrio asociada con mayor obesidad.

Autoeficacia percibida del peso	17	Navarro & Vélez, 2019 ²¹	Transversal	NEMS-P adaptado	Mujeres adultas en Hermosillo, México	Movilidad peatonal limita acceso a alimentos saludables y favorece productos ultraprocesados.
	18	Alber et al., 2018 ²²	Transversal	NEMS-P	221 participantes (ambos sexos)	Percepción positiva del entorno no garantiza mejor ingesta alimentaria.
	19	Bektas & Gürkan, 2023 ²³	Aleatorio sistemático	Escala de autoeficacia	198 adolescentes (52% mujeres)	Mayor autoeficacia correlaciona con menor IMC; influye dieta, sedentarismo y síntomas depresivos.
	20	Menéndez-González & Orts-Cortés, 2018 ²⁴	Transversal	Cuestionarios de autoeficacia y locus	106 adultos agrupados por IMC	Autoeficacia predice IMC; mayor control interno en normopeso.
	21	Saarikko et al., 2025 ²⁵	Cuasiexperimental	Cuestionarios + monitores portátiles	54 embarazadas con sobrepeso	Autoeficacia no cambió, pero 90% que controló peso gestacional perdió peso posparto.

Autorregulación del peso	22	Cabezas & Nazar, 2022 ²⁶	Correlacional	Escala de autorregulación	528 adultos (Chile)	Mayor autorregulación asociada a mejor adherencia nutricional, menor IMC y mayor bienestar subjetivo.
	23	Menéndez-González & Orts-Cortés, 2018 ²⁷	Transversal	Escala de autorregulación	106 adultos según IMC	Autorregulación más alta en normopeso; se vincula al control del peso.
	24	Lugli, 2017 ²⁸	Comparativo	Cuestionarios de regulación y locus	338 adultos con distintos niveles de IMC	Normopeso regula con ejercicio; obesos con control alimentario.
Control del riesgo de obesidad	25	Navarro et al., 2024 ²⁹	Descriptivo-analítico	Modelo explicativo con variables conductuales	518 adolescentes mexicanos	Modelo explica 27% de conductas de control del peso, destacando autorregulación y hábitos.
	26	Caravali-Meza et al., 2016 ³⁰	Prospectivo	Encuestas y antropometría	Adolescentes mexicanos (seguimiento 12 meses)	Reducción del consumo de bebidas azucaradas disminuyó prevalencia de sobrepeso/obesidad.

Discusión

Los resultados de esta revisión narrativa evidencian que el riesgo de obesidad en mujeres con cáncer de mama está determinado por una interacción compleja de factores conductuales, fisiológicos, psicológicos y ambientales²⁴. Aunque los estudios incluidos abordan variables específicas de manera aislada, al analizarlos de forma conjunta se observa una convergencia en torno a ciertos patrones: la alimentación inadecuada, el sedentarismo, la ganancia de peso durante el tratamiento oncológico y la percepción limitada de control sobre el peso son elementos recurrentes^{5,6,10,15}. Además, el entorno alimentario aparece como un facilitador o barrera que influye en las decisiones alimentarias, aunque no siempre de manera directa²¹⁻²³. Este fenómeno ha sido descrito en estudios que señalan la influencia de la estructura familiar, el acceso alimentario, la percepción de salud y aspectos emocionales en la capacidad para sostener estrategias de cuidado personal^{6,7,21-23}.

Más allá de la identificación individual de variables, el principal hallazgo de esta revisión es la convergencia de evidencia hacia un proceso multifactorial donde los determinantes conductuales, psicológicos, biológicos y ambientales interactúan de manera dinámica a lo largo del tratamiento oncológico. Los estudios coinciden en que la ganancia de peso no responde únicamente a cambios en la ingesta o al sedentarismo, sino también a alteraciones metabólicas inducidas por la quimioterapia y a una disminución en la percepción de control personal^{15,18-20}. En este sentido, la autoeficacia y la autorregulación emergen como mecanismos centrales que median la adherencia a conductas saludables, mientras que el entorno alimentario puede potenciar o limitar dichas capacidades individuales^{24-28,31}.

De manera transversal, emergen tres ideas clave: (1) las conductas de salud requieren acompañamiento estructurado para sostenerse bajo el estrés físico y emocional del tratamiento; (2) los cambios metabólicos inducidos por la terapia justifican un seguimiento periódico con indicadores simples y accesibles; y (3) la respuesta individual está modulada por procesos de autoeficacia y autorregulación, así como por un entorno que puede facilitar u obstaculizar decisiones saludables^{5-23,24-31}. Integrar estos planos en rutas clínicas integrales podría traducirse en mejores desenlaces oncológicos, metabólicos y psicosociales.

Una observación crítica es que, si bien la mayoría de los estudios reportan asociaciones significativas entre las variables analizadas y el

estado de peso corporal⁵⁻²⁰, existe heterogeneidad en los instrumentos utilizados, los diseños metodológicos y las poblaciones estudiadas. Algunos trabajos emplearon instrumentos validados como el Cuestionario de Frecuencia Alimentaria (FFQ), el Cuestionario Internacional de Actividad Física (IPAQ) o el NEMS-P^{5,7,12,21}, mientras que otros utilizaron versiones adaptadas o no reportaron procesos formales de validación^{6,17,23}. Asimismo, varios estudios se centraron en mujeres sobrevivientes de cáncer de mama^{8-11,14}, mientras que otros incluyeron adolescentes, mujeres sanas o poblaciones generales²⁴⁻³⁰. Esta diversidad metodológica limita la posibilidad de realizar comparaciones directas o inferencias sólidas, y coincide con la literatura que subraya la necesidad de metodologías estandarizadas para evaluar composición corporal, biomarcadores metabólicos y mecanismos conductuales relacionados con el control del peso^{5-20,26-30}.

Cabe señalar que una proporción de los estudios incluidos corresponde a población general, adolescentes o mujeres en otras etapas del ciclo vital. Su incorporación se fundamenta en que aportan evidencia sobre mecanismos conductuales y psicológicos, especialmente autoeficacia, autorregulación y hábitos alimentarios, considerados transversales al control del peso corporal²⁴⁻³⁰. No obstante, estas extrapolaciones deben interpretarse con cautela, dado que las mujeres con cáncer de mama enfrentan condiciones fisiológicas, metabólicas y emocionales específicas derivadas del tratamiento oncológico. Esta limitación refuerza la necesidad de generar mayor evidencia primaria centrada específicamente en esta población.

En relación con el entorno alimentario, la evidencia sugiere que la percepción de accesibilidad, disponibilidad y calidad de los alimentos influye en las decisiones de compra y consumo, aunque este vínculo no siempre se traduce en mejoras dietéticas sostenidas^{21-23,32}. Factores individuales como nivel educativo, ingreso económico, creencias culturales y dinámica familiar pueden mediar esta relación^{21-23,33}. De forma paralela, aunque la autoeficacia y la autorregulación del peso emergen como variables psicológicas protectoras^{24-28,31}, su evaluación sistemática sigue siendo limitada en población oncológica, lo que representa una oportunidad relevante para el desarrollo y validación de instrumentos específicos.

Desde una perspectiva aplicada, los hallazgos de esta revisión respaldan la necesidad de incorporar en los servicios de salud tamizajes breves de conducta alimentaria y actividad física, mediciones antropométricas rutinarias y escalas cortas de autoeficacia y autorregulación como parte del expediente clínico. A nivel

comunitario, se sugiere promover alianzas con entornos laborales, familiares y comunitarios que amplíen las oportunidades para prácticas saludables. En el ámbito de la investigación, se priorizan diseños longitudinales y ensayos pragmáticos que evalúen implementación, adherencia y sostenibilidad de intervenciones con métricas comparables^{5-23,26-31}.

Un aspecto relevante es que, aunque múltiples estudios documentan asociaciones significativas entre dieta, actividad física y estado ponderal, pocos integran simultáneamente variables psicológicas y contextuales, lo que limita la comprensión de trayectorias de riesgo en mujeres con cáncer de mama. Esta fragmentación metodológica sugiere que las intervenciones centradas exclusivamente en educación nutricional o ejercicio podrían resultar insuficientes si no incorporan estrategias explícitas para fortalecer la autoeficacia, la autorregulación y la adaptación del entorno. En este sentido, modelos multicomponente alineados con enfoques biopsicosociales y de promoción de la salud resultan particularmente pertinentes^{24-31,34}.

Entre las principales limitaciones de esta revisión se reconoce su naturaleza narrativa, lo que implica un mayor riesgo de sesgo en la selección e interpretación de los estudios. Además, se excluyeron artículos en idiomas distintos al español e inglés, así como literatura gris, lo que pudo restringir el alcance de la evidencia. Tampoco se aplicó una evaluación formal de calidad metodológica como la recomendada en revisiones sistemáticas, en congruencia con el objetivo exploratorio y de integración conceptual de este trabajo¹⁶.

Finalmente, se recomienda que futuras investigaciones integren enfoques mixtos para capturar tanto la experiencia subjetiva de las mujeres como las variables objetivas de salud³⁰⁻³². Asimismo, se sugiere el desarrollo de estudios longitudinales que permitan analizar la evolución del peso corporal y sus determinantes a lo largo del continuo de atención oncológica^{5,9,15,18}. El diseño de intervenciones multicomponente que integren educación nutricional, promoción de la actividad física, fortalecimiento de la autoeficacia y autorregulación, así como modificaciones del entorno alimentario, representa una vía prometedora para mejorar el control del riesgo de obesidad y la calidad de vida en mujeres con cáncer de mama^{7,11,24-31,34}.

Conclusiones

Esta revisión narrativa tuvo como objetivo analizar e integrar los principales factores que influyen en el control del riesgo de obesidad en mujeres con cáncer de mama. A partir del análisis de 26 estudios

recientes⁵⁻³⁰, se identificaron seis categorías clave: patrones de alimentación y actividad física, composición corporal y biomarcadores personales, entorno alimentario, autoeficacia percibida del peso, autorregulación del peso y modelos de control del riesgo.

La evidencia sugiere que los hábitos dietéticos saludables y una actividad física regular son fundamentales para prevenir la ganancia de peso durante y después del tratamiento oncológico^{5-7,9-11}. Asimismo, los cambios metabólicos y corporales derivados de la quimioterapia requieren un monitoreo sistemático mediante indicadores antropométricos y bioquímicos simples, con el fin de prevenir la progresión hacia estados de obesidad y complicaciones metabólicas^{15,17-19}. De manera complementaria, el entorno alimentario y las variables psicosociales, como la autoeficacia y la autorregulación del peso, juegan un papel facilitador o limitante en la adopción y mantenimiento de conductas saludables, por lo que deben ser considerados en el diseño de estrategias de intervención clínica y comunitaria^{20-22,23-27,30-32}.

Si bien los hallazgos ofrecen un panorama amplio sobre los determinantes del riesgo de obesidad, persisten vacíos importantes en la literatura, particularmente en la integración simultánea de variables conductuales, metabólicas, psicológicas y contextuales en poblaciones oncológicas^{28-31,34}. Las intervenciones futuras deberían adoptar un enfoque multicomponente que abarque tanto el contexto individual como el ambiental, incorporando acompañamiento conductual, monitoreo clínico y adaptación del entorno alimentario, y que se ajusten a las características socioculturales de las mujeres con cáncer de mama^{7,16,21,31}.

En conclusión, abordar el riesgo de obesidad en mujeres con cáncer de mama exige una perspectiva integral sustentada en evidencia científica, que considere de manera articulada factores biológicos, conductuales y ambientales. Esta revisión aporta bases conceptuales y empíricas para el desarrollo de estrategias clínicas, educativas y de salud pública orientadas a mejorar el pronóstico y la calidad de vida, destacando el valor de intervenciones centradas en la persona y apoyadas en un seguimiento continuo y sistemático⁵⁻³⁰.

De esta manera, la combinación de educación para la salud, monitoreo clínico estandarizado e intervenciones orientadas a mejorar el entorno alimentario representa una vía factible y sostenible para reducir el riesgo de obesidad en mujeres con cáncer de mama. Su implementación mediante protocolos culturalmente pertinentes puede favorecer la equidad, optimizar el uso de recursos y contribuir a una mejora sostenida en la calidad de vida de esta población⁵⁻³⁰.

Referencias

- Sung H, Ferlay J, Siegel RL, et al. Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin*. 2021;71(3):209-49.
- Instituto Nacional de Salud Pública (INSP). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2023: Resultados nacionales. Cuernavaca, México: INSP; 2023.
- Irwin ML, McTiernan A, Baumgartner RN, et al. Changes in body fat and weight after a breast cancer diagnosis: Influence of demographic, prognostic, and lifestyle factors. *J Clin Oncol*. 2005;23(4):774-82.
- Kolb R, Zhang W, Zhang J, et al. Obesity and breast cancer: A case of inflamed adipose tissue. *Cancers (Basel)*. 2020;12(6):1686.
- Song S, Lee JK, Oh JH. Micronutrient intake and breast cancer risk in obese women: A prospective cohort study. *Nutrients*. 2022;14(4):745.
- Alabbody MM. Dietary habits and lifestyle patterns in Iraqi women with breast cancer: A case-control study. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2018;19(5):1307-12.
- Kim H, Nam SJ. Diet, physical activity, and obesity among Korean women with breast cancer: A case-control study. *BMC Cancer*. 2019;19:486.
- Kim JH, Kim Y, Kim J. Dietary patterns and quality of life among breast cancer survivors in Korea. *Eur J Clin Nutr*. 2018;72(10):1386-92.
- D'cunha NM, McKune AJ, Veysey M, et al. Meal timing, night-time fasting, and metabolic risk in breast cancer survivors: A longitudinal intervention study. *Nutrients*. 2024;16(1):98.
- Yaw YH, Shariff ZM, Kandiah M, et al. Diet, physical activity and body weight changes in Malaysian breast cancer survivors. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2011;12(6):1483-7.
- Pierce JP, Stefanick ML, Flatt SW, et al. Greater survival after breast cancer in physically active women with high vegetable-fruit intake regardless of obesity. *J Clin Oncol*. 2007;25(17):2345-51.
- Biskup M, Kalinowski P, Wojtyś P, et al. Physical activity and adiposity among breast cancer survivors: Comparison of IPAQ and accelerometer data. *Cancers*. 2023;15(3):542.
- Ziegler L, Marten-Mittag B, Schneeweiss A, et al. Physical activity and survival in metastatic breast cancer: A registry-based observational study. *Breast*. 2024;69:209-17.

- Lahart IM, Metsios GS, Nevill AM, Carmichael AR. Physical activity levels among breast cancer screening attendees: Awareness versus behavior. *Public Health*. 2014;128(10):973-9.
- Granados del Solar J, Datta Banik S. Chemotherapy and metabolic alterations in breast cancer patients: A longitudinal study. *J Clin Med*. 2024;13(2):327.
- Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*. 2021;372:n71. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- AlFaris NA, AlKehayez NM, AlTamimi JZ, et al. Anthropometric indicators and breast cancer risk among Saudi women. *BMC Cancer*. 2023;23(1):95.
- Crispo A, D'Auria F, D'Aiuto M, et al. Obesity, metabolic syndrome and breast cancer prognosis: A cohort study. *J Cancer Res Clin Oncol*. 2023;149(6):1973-82.
- Godinho-Mota JC, Gonçalves LV, Mota JF, et al. Effects of chemotherapy on body composition in women with breast cancer: A multicenter retrospective study. *Nutr Hosp*. 2023;40(2):233-9.
- Fredslund EK, Gade M, Petersen L, et al. Long-term metabolic effects of chemotherapy in premenopausal breast cancer patients. *Support Care Cancer*. 2019;27(11):4167-75.
- García-López RM, Esparza-Romero J, Valencia ME, et al. Perceived food environment and obesity in Mexican women. *Salud Publica Mex*. 2019;61(4):470-6.
- Navarro ME, Vélez G. Movilidad y entorno alimentario en mujeres mexicanas: implicaciones para la obesidad. *Nutr Hosp*. 2019;36(4):802-8.
- Alber JM, Langellier BA, Singer P, et al. Perceived and objective measures of the food environment and dietary intake among adults in the U.S. *Prev Med Rep*. 2018;12:128-34.
- Bektas T, Gürkan A. Emotional eating, mindfulness, weight control self-efficacy and obesity in adolescents: A structural model. *Eat Weight Disord*. 2023;28(2):47-55.
- Menéndez-González S, Orts-Cortés MI. Self-efficacy, self-regulation and locus of control in weight management. *Clin Nurs Res*. 2018;27(6):726-43.

- Saarikko T, Aittasalo M, Parkkari J, et al. Effectiveness of a lifestyle intervention with wearable technology on gestational weight management: The SLIM study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2025;25(1):14.
- Cabezas D, Nazar G. Dietary self-regulation and well-being in adults: Associations with BMI and nutrition. *Rev Chil Nutr*. 2022;49(2):234-40.
- Lugli F. Self-regulation, locus of control and weight status in adults: A comparative study. *Eur J Psychol Health*. 2017;12(3):178-87.
- Navarro-Rodríguez ME, Patiño R, González M. Modelo predictivo del control del riesgo de obesidad en adolescentes. *Nutr Hosp*. 2024;41(1):83-90.
- Caravali-Meza D, Patiño-Ruiz R, Rodríguez-Cervantes N. Intervención educativa para reducir el consumo de bebidas azucaradas y prevenir obesidad infantil. *Salud Publica Mex*. 2016;58(6):698-704.
- Ben-Artzi TJ, Baziliansky S, Cohen M. The associations of emotion regulation, self-compassion, and perceived lifestyle discrepancy with breast cancer survivors' healthy lifestyle maintenance. *J Cancer Surviv*. 2024. <https://doi.org/10.1007/s11764-024-01656-6>
- Xie J, Zhao J, Cheng J, et al. A Systematic Review of Dietary Interventions for Cancer Survivors Involving Family or Caregivers. *Nutrients*. 2023;16(1):56. <https://doi.org/10.3390/nu16010056>
- López-Plaza B, Hernández E, García J. El papel de la nutrición en la génesis del cáncer de mama. *Nutr Hosp*. 2023;40(Ext 2):37-40.
- Lifestyle factors and cancer: A narrative review. *Lancet Reg Health Am*. 2024. <https://doi.org/10.1016/j.lana.2024.100080>

AmeliCA

Disponible en:

<https://portal.amelica.org/amei/amei/journal/486/4865616005/4865616005.pdf>

Cómo citar el artículo

Número completo

Más información del artículo

Página de la revista en portal.amelica.org

AmeliCA
Ciencia Abierta para el Bien Común

Emmanuel Arturo Payán Flores, Yadira Mejía Mejía,
Mariely Acosta Álvarez, Diana Cristina Navarro Rodríguez,
Karla Pamela Moriel Galarza,
Eglentina Micaela Ángeles García

**Factores en el control del riesgo de obesidad en mujeres
con cáncer de mama: revisión narrativa**
**Factors Influencing Obesity Risk Control among Women
with Breast Cancer**

Lux Médica

vol. 21, núm. 62, 2026

Universidad Autónoma de Aguascalientes, México

revistaluxmedica@edu.uaa.mx

ISSN-E: 2007-8714