

ARTÍCULO REVISIÓN

<https://dx.doi.org/10.14482/sun.40.01.741.258>

## Factores de riesgo del cáncer de mama en mujeres con antecedentes familiares. Revisión integrativa

*Risk factors for breast cancer in women with a family history. integrative review*

NÉSTOR HUMBERTO OBREGÓN-SÁNCHEZ <sup>1</sup>,  
MARÍA MERCEDES MORENO-GONZÁLEZ <sup>2</sup>, ELIZABETH GUZMÁN-ORTIZ <sup>3</sup>,  
PEDRO ENRIQUE TRUJILLO-HERNÁNDEZ <sup>4</sup>, BRAULIO JOSUÉ LARA-REYES <sup>5</sup>

- <sup>1</sup> Campus Celaya-Salvatierra División de Ciencias de la Salud e Ingenierías de la Universidad de Guanajuato, Estudiante de Doctorado en Ciencias de Enfermería por la Universidad de Guanajuato. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7123-4379>. CvLAC: [https://scienti.minciencias.gov.co/cvlac/visualizador/generarCurriculoCv.do?cod\\_rh=0002110263](https://scienti.minciencias.gov.co/cvlac/visualizador/generarCurriculoCv.do?cod_rh=0002110263) nh.obregonsanchez@ugto.mx
- <sup>2</sup> Campus Celaya-Salvatierra División de Ciencias de la Salud e Ingenierías de la Universidad de Guanajuato, Doctorado en Ciencias de Enfermería por la Universidad de Guanajuato. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0299-2299>. CvLAC: <https://scienti.minciencias.gov.co/cvlac/EnRecursoHumano/inicio.do> ma.moreno@ugto.mx
- <sup>3</sup> Campus Celaya-Salvatierra División de Ciencias de la Salud e Ingenierías de la Universidad de Guanajuato, Doctorado en Ciencias de Enfermería por la Universidad Autónoma de Nuevo León. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4944-0600>. CvLAC: [https://scienti.minciencias.gov.co/cvlac/visualizador/generarCurriculoCv.do?cod\\_rh=0002108193](https://scienti.minciencias.gov.co/cvlac/visualizador/generarCurriculoCv.do?cod_rh=0002108193) elizabeth.guzman@ugto.mx

- <sup>4</sup> Facultad de Enfermería Dr. Santiago Valdés Galindo de la Universidad Autónoma de Coahuila, Doctorado en Ciencias de Enfermería por la Universidad Autónoma de Nuevo León. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8503-387X>. CvLAC: [https://scienti.minciencias.gov.co/cvlac/EnRecursoHumano/find.do?tpo\\_nacionalidad=M&nro\\_documento\\_ident=INEMX1&correo\\_personal=petrujilloh%40uadec.edu.mx&correo\\_institucional=petrujilloh%40uadec.edu.mx](https://scienti.minciencias.gov.co/cvlac/EnRecursoHumano/find.do?tpo_nacionalidad=M&nro_documento_ident=INEMX1&correo_personal=petrujilloh%40uadec.edu.mx&correo_institucional=petrujilloh%40uadec.edu.mx)
- <sup>5</sup> Facultad de Enfermería Dr. Santiago Valdés Galindo de la Universidad Autónoma de Coahuila, Maestría en Enfermería por la Universidad de Guanajuato. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9712-7774>. CvLAC: [https://scienti.minciencias.gov.co/cvlac/EnRecursoHumano/find.do?tpo\\_nacionalidad=M&nro\\_documento\\_ident=INEMX2&correo\\_personal=brlarar%40uadec.edu.mx&correo\\_institucional=brlarar%40uadec.edu.mx](https://scienti.minciencias.gov.co/cvlac/EnRecursoHumano/find.do?tpo_nacionalidad=M&nro_documento_ident=INEMX2&correo_personal=brlarar%40uadec.edu.mx&correo_institucional=brlarar%40uadec.edu.mx)

**Correspondencia:** ma.moreno@ugto.mx

## RESUMEN

**Introducción:** En América Latina y el Caribe, el cáncer de mama constituye la primera causa de muerte por neoplasias malignas femeninas, desplazando en diversos países al cáncer cervicouterino. En México es la segunda causa de muerte por procesos tumorales en mujeres mayores de 25 años y cada año se diagnostican 14 000 casos nuevos.

**Objetivo:** Determinar los factores de riesgo a los que pueden estar expuestas las mujeres con antecedentes familiares de cáncer de mama.

**Metodología:** Se realizó una revisión integradora en la que se buscaron artículos relacionados con los temas de cáncer de mama y factores de riesgo en mujeres con antecedentes familiares de cáncer de mama. Para la búsqueda se utilizaron las bases de datos de Google Scholar, PubMed y Scielo. Se seleccionaron los términos de búsqueda basándose en la pregunta de investigación con la estrategia de Concepto, Población y Contexto (CPC).

**Resultados:** De las bases de datos Google Scholar, PubMed y Scielo se seleccionaron 42 artículos, y se encontró que aún existe desconocimiento en lo que respecta a las prácticas del propio cuidado, enfrentando esta problemática de salud pública los países en desarrollo.

**Conclusiones:** Investigaciones sobre el tema han concluido que las mujeres con un bajo nivel de escolaridad, que habitan en zonas rurales y pertenecen a estratos socioeconómicos bajos tienen mayor probabilidad de padecer esta patología.

**Palabras clave:** riesgo, factores de riesgo, antecedentes familiares, cáncer de mama.

## ABSTRACT

**Introduction:** In Latin America and the Caribbean breast cancer, it is the leading cause of death from malignant neoplasms in women, displacing cervical cancer in several countries. In Mexico, it is the second cause of death due to tumor processes in women over 25 years of age and 14,000 new cases are diagnosed each year.

**Objective:** To determine the risk factors to which women with a family history of breast cancer may be exposed.

**Methodology:** An integrative review was carried out where articles related to the topics of breast cancer, risk factors and care in women with a family history of breast cancer were searched. For the search, the Google Scholar, PubMed and Scielo databases were used. Search terms were selected based on the research question using the Concept, Population and Context (CPC) strategy.

**Results:** From the Google Scholar, PubMed and Scielo databases, 42 articles were selected, finding that there is still a lack of knowledge regarding self-care practices, facing this public health problem in developing countries.

**Conclusions:** Research on the subject has concluded that women with a low level of schooling, who live in rural areas and belong to low socioeconomic strata are more likely to suffer from this pathology.

**Keywords:** risk, risk factors, family background, breast cancer.

## INTRODUCCIÓN

El cáncer de mama (CaMa) se clasifica en dos tipos principales, los cuales se caracterizan por el crecimiento descontrolado de células malignas en el tejido mamario. Estos tipos son el carcinoma ductal, que es el más común, y el carcinoma lobulillar (1).

Según conceptos médico-científicos, la glándula mamaria está ligada a lactancia materna, fertilidad y fecundidad, a su vez, está preparada para la producción y secreción de leche, así como estar unida a los términos de maternidad (2,3). Esta glándula posee un efecto trascendental, refiriéndonos a la feminidad, el erotismo y la belleza.

Actualmente es uno de los principales problemas de salud pública a nivel mundial, considerado como la primera causa de muerte en la mujer, desplazando al cáncer cervicouterino en países

como: Estados Unidos, México, España y Cuba (2); siendo así el cáncer de mama la forma más común de tumor maligno en mujeres, tanto en países desarrollados como en países en desarrollo (2).

Por otra parte, es importante mencionar algunos factores de riesgo (FR) relevantes en el desarrollo de esta patología la toma de anticonceptivos orales, los antecedentes familiares, primer embarazo tardío, estilos de vida, sobrepeso, menarquia precoz y no lactancia materna, especialmente en pacientes mayores de 50 años, que es en los que se observa el mayor riesgo, para lo cual el primer nivel de atención es lo que nos debe orientar sobre el manejo y el reconocimiento de las características epidemiológicas de la población afectada, tratando de controlar dichos FR (5,4).

En el mundo, cada año ocurren 458 000 defunciones, se diagnostican 1,38 millones de casos nuevos y se detecta un nuevo caso de CaMa cada 25 segundos (3). La primera causa de muerte por neoplasias malignas corresponde a América Latina y el Caribe, superando en diversos países al cáncer cervicouterino (3).

Por otro lado, las Américas representaron casi una cuarta parte de los nuevos casos de cáncer de mama en 2020. En América Latina y el Caribe, la proporción de mujeres afectadas por la enfermedad antes de los 50 años (32 %) es mucho mayor que en América del Norte (19 %) (4).

En México y América Latina, los factores reproductivos se han relacionado con el riesgo de cáncer de mama, como la paridad, la edad de la menarca, la lactancia, la edad al primer embarazo de término y la edad de la menopausia (6,7,8).

De igual manera, conforme aumenta la edad se incrementa el riesgo de padecer CaMa, y uno de cada ocho cánceres de seno se detecta en mujeres menores de 45 años, mientras que en mujeres de 55 años o más son detectados aproximadamente dos de tres cánceres invasivos del seno (6,9).

Durante la división celular se produce la transformación maligna en el momento de la reproducción de estas, según la hipótesis planteada, en la que menciona que se transfiere al resto de las células (5); esto ha servido para explicar sobre el riesgo de CaMa en relación con algunos de los factores reproductivos. Es por ello que se desarrollan de forma notoria las células epiteliales ductales de la glándula mamaria durante los periodos de la vida, lo cual condiciona un proceso irreversible de transformación celular en el que los factores carcinogénicos pueden estar presentes (11,12).

A su vez, los FR se clasifican para el CaMa en mayores (el riesgo se incrementa en dos o más veces) y menores (se incrementa en menos de dos veces) (5,6). Entre los FR mayores se encuentra el tener antecedente personal de CaMa, antecedentes de lesiones histológicas, así como precursoras como hiperplasias atípicas o neoplasia lobulillar, portar mutaciones de alta penetrancia en los genes BRCA1 y BRCA2, a su vez, derivado de padecer cáncer, el haber recibido radioterapia de tórax antes de los 30 años (9,13).

La edad de 35 años en adelante está considerada como factor de riesgo menor, así como algunas terapias de reemplazo hormonal en la menopausia y el sobrepeso, ingesta crónica de alcohol, factores reproductivos (menarquía precoz, menopausia tardía, nuliparidad), historia familiar en parientes desde primer hasta tercer grado, enfermedades mamarias benignas proliferativas (adenosis esclerosante, hiperplasia epitelial ductal, lesiones papilares, fibroadenomas) (9,13).

A su vez, es importante que las mujeres conozcan y reconozcan los factores de riesgo, ya que al obtener este conocimiento les ayudará a estar más alerta en caso de presentar alguna anomalía, debido a que un gran porcentaje de mujeres, tras detectar alguna lesión, acuden a consulta médica tardíamente, lo cual dificulta las oportunidades de curación, debido a que estas mismas lesiones se encuentran en etapas avanzadas (6).

Lo que significaría que si un tumor mamario es detectado en su etapa temprana se incrementa la esperanza y calidad de vida de las mujeres (7). Para lo cual el personal de enfermería a través de este tipo de información es pieza clave en lo que corresponde al primer nivel de atención, al identificar y hacerle conocer a las mujeres sobre los diferentes FR con los que pueden estar interactuando, y así comenzar a realizar los cambios correspondientes para una vida más saludable.

De la misma manera, se propone continuar con este tipo de trabajos para lograr identificar situaciones propias de la mujer en lo que respecta a su salud, fortaleciendo la formación de los colegas interesados en el tema, ampliando así sus conocimientos para aplicarlos en el área correspondiente, para así lograr una atención de gran calidad (8).

Esta revisión integrativa tiene como objetivo determinar los factores de riesgo a los que pueden estar expuestas las mujeres con antecedentes familiares de cáncer de mama.

## METODOLOGÍA

Se realizó una revisión integrativa, con la finalidad de encontrar trabajos de investigación enfocados en la detección y manejo de factores de riesgo que ayudaran a fortalecer el cuidado de todas aquellas mujeres que llegasen a tener antecedentes familiares de CaMa; para lo cual se utilizó la metodología de Whitmore y Knafl, que consta de 5 etapas: 1) Identificación del problema, 2) Búsqueda de literatura, 3) Evaluación de datos, 4) Análisis de los datos y 5) Presentación (9).

A su vez, se utilizó el formato CPC para la realización y organización de la siguiente pregunta: *¿Cuál es la evidencia existente sobre los factores de riesgo del cáncer de mama en mujeres con antecedentes hereditarios?*

Tabla 1. Formato CPC

<b>Conceptos</b>	Factores de riesgo y cáncer de mama
<b>Población</b>	Mujeres
<b>Contexto</b>	Antecedentes hereditarios

**Fuente:** elaboración propia.

- 1) Identificación del problema: cualquier método de revisión, la etapa inicial es una identificación clara del problema que aborda la revisión y el propósito de la misma, en el desarrollo de esta etapa se identificaron los factores de riesgo que pueden llegar a ser partícipes para el desarrollo del CaMa en mujeres con antecedentes familiares, todo esto en base a los diferentes artículos científicos publicados en diferentes bases de datos.
- 2) Búsqueda de literatura: en esta etapa se encontraron algunos estudios relevantes; para la búsqueda se utilizaron 3 bases de datos: PubMed, Scielo y Google Scholar. Los términos de búsqueda se seleccionaron con base en las variables presentadas en la pregunta de investigación; la matriz de estrategia de búsqueda se complementó con el termino de encabezados de temas médicos MeSH (ver tabla 2.)

Tabla 2. Bases de datos consultadas y matriz de términos de búsqueda

Base de datos	Matriz de términos de búsqueda
Google Scholar	Factores de riesgo en cáncer de mama
PubMed	("breast cancer"[All Fields]) AND ("risk factors"[All Fields])
Scielo	Cáncer de mama y promoción de la salud.

**Fuente:** elaboración propia.

- 3) Evaluación de los datos: en esta etapa se identificó el título de los respectivos trabajos, en los que se buscó la coherencia con el tema de interés; a su vez, se revisó el objetivo de los diferentes estudios, la metodología utilizada y las conclusiones correspondientes; una vez determinado el análisis se procedió a la selección de los artículos correspondientes.
- 4) Análisis de datos: en lo que respecta al análisis de datos se realizaron búsquedas en diferentes bases de datos en el periodo abril y mayo de 2021. Las búsquedas incluyeron materiales en español e inglés. Se utilizaron investigaciones potencialmente relevantes de las listas de referencias de publicaciones identificadas que cumplieran con los criterios de inclusión. Para determinar su elegibilidad se revisaron todos los títulos y resúmenes de la estrategia de búsqueda. En la tabla 3 aparecen los criterios de inclusión.

Tabla 3. Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
Artículos a partir del año 2016	Artículos del 2015 o antes
Textos gratuitos completos	Textos no gratuitos
Artículos publicados en revistas científicas	Tesis
	Artículos no publicados en revistas científicas

**Fuente:** elaboración propia.

La selección de artículos fue muy extensa en la base de datos de Google Scholar, por lo que se optó por seleccionar todos aquellos trabajos que coincidían con las palabras clave y que estuvieran publicados en alguna revista científica; en la base de datos de PubMed se localizaron 355 trabajos, de los cuales se seleccionaron 25, revisando título y resumen correspondiente, todos en el idioma

inglés; en la biblioteca electrónica Scielo se localizaron 158 trabajos, de los cuales se seleccionaron 7 de ellos (ver tabla 4).

A su vez, se optó por considerar trabajos a partir de 2014 para lograr ampliar la búsqueda.

Tabla 4. Selección de estudios

	PubMed	Google Scholar	SciELO
Documentos encontrados	355	17,400	158
Documentos seleccionados	25	10	7

**Fuente:** elaboración propia.

Inicialmente, los datos extraídos se compararon elemento por elemento para clasificar y agrupar datos similares; posteriormente se compararon estas categorías. En lo que corresponde a la reducción de datos, se realizó una clasificación general para gestionar los datos de diversas metodologías, es decir, se examinaron los estudios cualitativos y descriptivos, luego los diseños correlacionales y, por último, las intervenciones o diseños experimentales.

En lo que corresponde a la visualización de los datos, una vez categorizadas las fuentes primarias se lograron identificar todas aquellas relaciones entre los diferentes estudios. La comparación de datos sirvió y ayudó para identificar patrones, temas o relaciones relevantes (9).

5) Presentación e interpretación de los resultados, en lo que respecta al tema de prevención del cáncer de mama aún existe desconocimiento en lo que concierne a las prácticas que la propia mujer puede realizar para su bienestar. Los países en desarrollo enfrentan esta problemática de salud pública, a pesar de que se han realizado esfuerzos por intentar contrarrestar esta enfermedad, ya que aún se siguen presentando casos.

Por su parte, en lo relacionado con la lactancia materna pudimos observar que la prevención del CaMa juega un papel importante, derivado de la carga hormonal estrogénica; lo que a su vez nos invita a no perder de vista a la mujer durante su exposición a los ciclos menstruales durante su trayecto de vida y el continuo contacto con los estrógenos y sus efectos cancerígenos.



En lo referente a los estrógenos exógenos existe toda una controversia referente a este tema, para lo cual, requiere extrema vigilancia así como su uso de manera cautelosa, con la convicción de buscar mayormente el bienestar de la mujer (29,16,30,31).

## DESARROLLO

La falta de adherencia es muy preocupante en lo que respecta a la acción del propio cuidado, ya que al realizarse puede facilitar un diagnóstico temprano de la enfermedad, refiriéndonos a la práctica del autoexamen de mama (10). El desconocimiento de esta práctica dificulta las oportunidades de curación, ya que un gran porcentaje de mujeres acude a consulta médica cuando las lesiones derivadas del cáncer se encuentran en etapas avanzadas (6); en contraste, si un tumor mamario es detectado en su etapa temprana, se incrementa la esperanza y calidad de vida de las mujeres (7).

Para la promoción de políticas y programas adecuados existen algunas estrategias fundamentales para el control de esta enfermedad, tales como, mecanismos de control, así como el poder sensibilizar sobre el cáncer de mama al público en general (11). En lo que corresponde al cáncer mamario y cervicouterino entre las mujeres mayores de 30 años de edad, constituye una de las principales causas de muerte en los países con ingresos bajos y medianos.

Aunders y Baum mencionan que raramente el CaMa se presenta antes de los 30 años, siendo así que la mayoría de los casos se diagnostican entre los 40 y los 49 años, con un nuevo pico a partir de los 70, ya que a medida que la esperanza de vida aumenta, también crece el riesgo de padecer muchos tipos de afecciones cancerígenas (3).

Por otra parte, considerando que las acciones de promoción y educación para la salud deberían ser activas, resultan insuficientes y no explotan al máximo las vías que se pueden utilizar, como charlas, conferencias y talleres, mediante los cuales los conocimientos sobre la prevención del cáncer de mama sean asequibles a los individuos (12).

Los factores de riesgo involucrados en la posible aparición del CaMa se pueden clasificar de la siguiente manera: biológicos: edad (si la edad se incrementa, el riesgo también se puede aumentar), antecedentes familiares de padecimiento de cáncer de mama (en mujeres con este antecedente ha sido más frecuente), menarquia temprana, menopausia tardía (debido a los cambios hormonales

producidos estas dos condiciones pueden estar presentes), nuliparidad, haber tenido hijos con más de 30 años de edad. Sociales (patrones culturales, hábitos, costumbres, no brindar lactancia materna a los hijos, inadecuadas dietas, sobre peso u obesidad, etc.). Medio ambiente (terapia de remplazo hormonal, tabaquismo, exposición a sustancias cancerígenas, etc.) (13).

Por otro lado, otra manera de elevar las probabilidades de cáncer de mama es cuando se favorecen los mecanismos de éxtasis canaliculares e hipoplasias mamarias cuando la lactancia es breve o no se realiza, lo cual estimula la actividad hormonal estrogénica sobre las mamas, y provoca una disminución de la prolactina sérica (14).

La menopausia en edad tardía (55 años) expone a la mujer a ciclos ovulatorios en mayor cantidad; por lo tanto, existe una exposición a estrógenos endógenos por más años (14). A su vez, también se conoce que la mortalidad por cáncer de mama está relacionada con el aumento de peso después de la menopausia, especialmente con las mujeres obesas (IMC >30,0 RR 1,41) (15).

Las hiperlipemias y la obesidad pueden estar asociadas a un aumento del riesgo de CaMa. Aunque se carece de datos concluyentes, se ha hablado y escrito extensamente con respecto al desarrollo de esta enfermedad y la influencia que tiene una dieta rica en grasas poco saludables, pareciendo así el poder reducir el riesgo de contraer CaMa al medirse en la ingesta de grasas e incrementar el consumo de frutas, verduras (carotenos) y aceite de oliva (16).

Se puede conseguir el desarrollo de la promoción de la salud a través de tres mecanismos intrínsecos, tales como el aumentar y mejorar el control sobre su salud, establecidos por la Organización Panamericana de la Salud (17); además, identificar las posibles causas de enfermedad y muerte en la población para reducirlas y modificarlas en sentido positivo, actuando sobre ellas por medio de conductas sanas.

El autoexamen de mama, como mecanismo de identificación precoz, debe ser afianzado por cada mujer en su conocimiento sobre prevención y control del CaMa, así como otros temas relacionados con el cuidado de la mama (18). Esto constituye una de las estrategias en los contenidos de la promoción de la salud pública, ya que es de vital importancia para afrontar la problemática de salud relacionada con la mujer (8).

Sin embargo, todas las mujeres necesitan identificar anomalías que puedan alterar su condición de salud, sin importar la edad, mediante un proceso de formación relacionado con el CaMa (19) (véase tabla 5).

**Tabla 5. Factores de riesgo de cáncer de mama**

<b>Factores de riesgo no modificables</b>	Sexo
	Edad
	Factores de genes específicos
	Historia personal y familiar
	Enfermedades previas de la mama
	Factores hormonales y reproductivos; menarquia temprana, menopausia tardía
<b>Factores de riesgo modificables</b>	Consumo de alcohol
	Sobrepeso
	Falta de actividad física
	Duración de la lactancia materna (24).

**Fuente:** elaboración propia a partir de la literatura disponible (19).

Hasta la fecha, la principal arma contra esta enfermedad mortal en la Atención Primaria de Salud es el diagnóstico precoz y, de la misma forma, desempeña un papel importante el conocimiento sobre los factores de riesgo asociados a la enfermedad (20).

Respecto a la autoexploración, se cuenta con el método más sencillo y extendido para el diagnóstico precoz: el autoexamen de mama, técnica que puede ser aplicada por cualquier mujer, cada mes, cinco días después del primer día de la menstruación, la cual no requiere mucho tiempo ni recursos costosos (21).

Para concluir, la abundante literatura científica menciona que son multifactoriales las posibles causas favorecedoras para el desarrollo del cáncer, y resultan inevitables los factores biológicos y genéticos, pero es importante reconocerlos para inducir a la realización de pruebas de detección periódicamente.

Los cánceres relacionados a factores ambientales y estilos de vida son los de mayor prevalencia internacionalmente. A su vez, en lo que respecta a la disminución de la morbilidad y la mortalidad por cáncer, deben ser objeto de acciones de educación y promoción de salud, mediante las cuales la adquisición de nuevas conductas contribuyan a cambiar el estilo de vida, independientemente de la predisposición genética (19). La clasificación de los Factores de Riesgo aparece en la tabla 6.

**Tabla 6. Clasificación de Factores de Riesgo**

<b>Factores de riesgo Biológicos</b>	Edad
	Antecedentes familiares
	Menarquia temprana
	Menopausia tardía
	Nuliparidad
	Embarazo tardío (> 30 años)
<b>Factores de riesgo Sociales</b>	Patrones culturales
	Hábitos
	Costumbres
	No lactancia
	Dieta inadecuada
	Obesidad
<b>Factores de riesgo Ambientales</b>	Exposición a sustancias cancerígenas
	Terapia de reemplazo hormonal
	Tabaquismo

**Fuente:** elaboración propia a partir de la literatura disponible (19).

## DISCUSIÓN

Es importante mencionar que existen problemáticas de salud que necesitan ser atendidas de una manera muy puntual si se pretende obtener resultados favorables en la obtención y preservación de la salud en la población. En esta revisión Carrión et al. (3) mencionan que es difícil comprobar el impacto que puede llegar a tener la modificación de algún FR, pues no han encontrado ningún estudio que pueda respaldarlo, y mencionan que si no existe respaldo social, será más difícil de lograrlo; por otra parte Velandez et al. (17) indican que la Organización Panamericana de la Salud (OPS) menciona que se puede conseguir el desarrollo de la salud, por medio de diferentes mecanismos para mejorar e incrementar la salud identificando las posibles causas, reduciéndolas y modificándolas.

En lo que respecta a Ribeiro et al., citado por Subramanian et al. (22), no encontraron diferencias significativas en la percepción del riesgo y el comportamiento del cuidado entre las mujeres con y sin antecedentes de cáncer de mama; lo que indica que las mujeres con antecedentes familiares no consideraron la necesidad de seguir pautas para actuar contra el CaMa de una manera preventiva, lo cual abarca la comprensión de los factores y causas de riesgo de la enfermedad, así como la responsabilidad de las mujeres en el seguimiento.

Por otro lado, Subramanian et al., citado por Quirino et al. (23) en un estudio sobre conocimiento y comportamiento en la detección del CaMa, mencionaron importantes implicaciones para el cuidado de la salud, y se refirieron a los factores de riesgo, escaso conocimiento y la práctica del cribado mamario, ya que conduce a una presentación tardía de la enfermedad del cáncer de mama. Esto supone una gran carga para los servicios de salud sobrecargados.

De igual manera, Mohd et al. (6) determinaron que las mujeres acuden tardíamente a consulta con su médico familiar a pesar de tener un FR como el antecedente familiar de cáncer de mama.

En lo que respecta al Centro para el control y prevención de las enfermedades (CDC de Atlanta), mencionan que este tipo de cáncer se presenta en pacientes menores de 25 años de manera eventual, y en pacientes entre el rango de edad de 50 a 59 años es en los que se observa el mayor riesgo (24); de forma similar, Aunders y Baum (25) mencionan que la mayoría de los casos son diagnosticados entre los 40 y 49 años.

A su vez, la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2017 mencionó que la edad ya no es un factor predictivo, debido a que se están presentando casos de cáncer de mama a partir de los 20 años de edad (26). Lo que nos lleva a poner atención en nuestra población joven.

En otro escenario, Bruming et al., citados por Ribeiro et al. (27), informan que la comunidad científica en la década del 2000 dio a conocer un informe, de una manera alarmante, por medio de la Iniciativa para la Salud de las Mujeres, la asociación entre el aumento del riesgo de cáncer de mama y la administración de la terapia de reemplazo hormonal (TRH), accidente cerebrovascular, enfermedad de Alzheimer y eventos cardíacos, para lo cual realizaron una revisión en la línea del tiempo y concluyeron que:

- No se cuenta con significado estadístico respecto al riesgo absoluto relacionado con el aumento de la incidencia del cáncer de mama y el uso de TRH, y le dan importancia al riesgo relativo por parte de la mayoría de los estudios.
- Son mayores los beneficios en las mujeres que necesitan la TRH sobre la calidad de vida que el incremento del riesgo de CaMa.

No son aislados los factores de riesgo del cáncer de mama en lo que respecta a la contribución de esta revisión, y nos sugiere que si en realidad se ve alterada la calidad de vida de la mujer por medio de la sintomatología, será necesario considerar el uso de TRH; es decir, durante la menopausia, con un seguimiento responsable en su uso y cuando los estudios diagnósticos sean seriados.

En una revisión realizada por Bruming et al. en 2013, citados por Ribeiro et al. (27) en la revista del Climaterio, se define la TRH, en caso de que la mujer manifieste síntomas durante la menopausia, como tratamiento tras presentar coito doloroso, bochornos, aumento de la frecuencia de la micción, sudoración nocturna, labilidad emocional y palpitaciones.

Este tratamiento puede incluir estrógenos solos o estrógenos y progestágenos, con la convicción de optimizar su calidad de vida y reducir estos síntomas. Los estrógenos solo se utilizan en pacientes histerectomizadas, y en mujeres que aún tienen útero se utiliza la combinación hormonal, ya que la proliferación celular en el endometrio tienen un efecto favorable derivado de los estrógenos, y favorece en esta etapa de la vida el cáncer en este tejido.

Por su parte, la Sociedad Americana de Oncología Clínica en 2018 mencionó que se puede contribuir al aumento del riesgo de CaMa si desde una edad muy temprana se ha usado prolongadamente la anticoncepción oral, sin embargo, las investigaciones aún no son definitivas (28); lo que nos lleva a poner atención en otros hallazgos, así como en diferentes disciplinas que pudieran llegar a aportar mejoras en lo que respecta a nuestro tema de interés, dejándonos como reto continuar trabajando con todas aquellas mujeres que cuenten con antecedentes heredofamiliares, dándoles a conocer que los FR están latentes y que es de suma importancia atenderlos y tenerlos presentes a través de la educación y la educación para la salud.

## CONCLUSIONES

En lo que corresponde a las condiciones sociodemográficas, estas fungen como barreras que impiden una detección temprana en un grupo importante de mujeres a nivel mundial; siendo las de mayor probabilidad de padecer esta patología si se les anexan problemas tales como bajo nivel de escolaridad, habitar en zonas rurales y pertenecer a estratos socioeconómicos bajos. Para lo cual es de suma importancia, sobre todo a temprana edad, reforzar el hábito de la autoexploración, así como acudir al examen clínico de mama y mastografía correspondiente; sin dejar de lado la cuestión de la edad, ya que, como sabemos, a mayor edad mayor riesgo de padecer cáncer de mama.

Por lo tanto, adquirir el hábito del cuidado es fundamental, ya que al contar con algún familiar directo menor de 50 años que se encuentre diagnosticado con CaMa, puede aumentar hasta en tres veces la probabilidad de padecer esta enfermedad; sin embargo, un gran número de mujeres no tienen familiares diagnosticados con cáncer de mama.

Es importante mencionar que el modelo de salud implementado en instituciones públicas y privadas de primer nivel de atención debería continuar realizando cambios de actitud y de hábitos que favorezcan a las comunidades; logrando avanzar hacia la prevención de la enfermedad con procesos serios de educación para la salud.

Resulta de vital importancia la intervención oportuna del personal de enfermería, ya que con la ayuda de estos profesionales, las mujeres podrán reconocer e identificar aquellos FR que pueden ser modificados; debido a que aún existen personas que no asocian esta enfermedad con algunos de los factores de riesgo, restándole importancia ni preocuparse por su prevención. A su vez,

nosotros, como actores de salud, debemos seguirnos preparando y capacitando para continuar educando y enseñando a la población (mujeres) a cuidarse de una mejor manera.

Para lo cual sería muy interesante poder continuar realizando este tipo de revisión enfocada en el nivel de conocimiento con el que cuentan las mujeres con antecedentes heredofamiliares respecto a los diferentes FR y las acciones derivadas de ello, que favorezcan la consecución de una conducta saludable, así como lograr una prevención más efectiva.

En conclusión, este trabajo nos brindó información muy relevante, sin embargo, hay que seguir indagando en otras bases de datos para continuar en la búsqueda de estudios relacionados y con mayor actualidad, ya que es vital contar con información de primera mano para brindar una mejor atención.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que en este estudio no se realizaron experimentos con humanos o animales.

Confidencialidad. Los autores declaran que este estudio contiene datos sensibles.

Conflicto de intereses. Ninguno.

Financiamiento: Ninguno.

## REFERENCIAS

1. Zhou Y, Chen J, Li Q, Huang W, Lan H, Jiang H. Association Between Breastfeeding and Breast Cancer Risk: Evidence from a Meta-analysis. *Breastfeed Med.* 2015;10(3): 175-182. doi:10.1089/bfm.2014.0141.
2. Ramos Y, Marimón E, Crespo C, Junco B, Valiente M. Cáncer de mama, su caracterización epidemiológica. *Rev Ciencias Médicas.* 2015;19(4): 619-629. [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1561-31942015000400006&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942015000400006&lng=es).
3. Carrión R, Castellanos T, Pérez L, Agüero R. Incidencia de algunos factores sociales en el incremento del cáncer de mama. *MEDISAN.* 2017;21(3): 298-303. [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30192017000300008&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192017000300008&lng=es).



4. Kuller L. The etiology of breast cancer from epidemiology to prevention. *Public Health Rev.* 1995;23(2): 157-213. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8539438/>.
5. Mohd S, Othman Z, Cheong K, Kuang L, Wan W, Kamaluddin M. Non-Practice of breast self examination and marital status are associated with delayed presentation with breast cancer. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2013;14(2): 1141-5. doi:10.7314/apjcp.2013.14.2.1141.
6. Ministerio de Salud Pública. Departamento de Educación para la Salud. Cuba: MINSAP. 2010.
7. Whittemore R, Knafelz K. The integrative review: updated methodology. *J Adv Nurs.* 2005;52(5): 546-53. doi:10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x.
8. Galvez M, Rodríguez L, Rodríguez O. Conocimiento sobre autoexamen de mama en mujeres de 30 años y más. *Rev Cuba Med Gen Integr.* 2015;31(2): 134-142. [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252015000200003&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252015000200003&lng=es).
9. Yip C, Smith R, Anderson B, Miller A, Thomas D, Ang E. Guideline implementation for breast health-care in low- and middle-income countries: early detection resource allocation. *Cancer.* 2008;113(8): 2244-56. doi:10.1002/cncr.23842.
10. Organización Mundial de la Salud (OMS). Organización Panamericana de la Salud (OPS). Resolución CD43.R11 Promoción de la Salud en las Américas. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/1443> [citado 15 julio 2023].
11. Preston S, Pike M, Ross R, Jones P, Handerson B. Increased cell division as a cause of human cancer. *Cancer Res.* 1990;50(23): 7415-21. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2174724/>.
12. Poma P. Mujeres afectadas por cáncer de mama-Recomendaciones para el seguimiento. *Rev Peru ginecol obstet.* 2017;63(1): 35-51. [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2304-51322017000100005&lng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322017000100005&lng=es).
13. Viera R, Amaro E, Barro A, Rodríguez A, Pérez M. Caracterización del cáncer de mama. *Isla de la Juventud.* 2000-2010. *REMIJ.* 2011;12(2): 74-87. <https://remij.sld.cu/index.php/remij/article/view-File/17/41>.
14. García C, Sánchez H, Escobar A, Ponce A, Rodríguez L. Prevalencia del autoexamen mamario en trabajadoras de la salud. Factores asociados a su correcta realización. *Ginecol Obstet Méx.* 2001;69(4): 155-160. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-309700>.

15. Velandez I, Villaseñor M, Alfaro N. Educación para la salud: la importancia del concepto. *Rev Educ des.* 2004;33(1): 43-48. [https://www.cucs.udg.mx/revistas/edu\\_desarrollo/anteriores/1/001\\_Red\\_Valadez.pdf](https://www.cucs.udg.mx/revistas/edu_desarrollo/anteriores/1/001_Red_Valadez.pdf).
16. Cabrera G, Candeias N. El modelo de análisis estratégico para promoción de la salud y el control local del tabaquismo. *Rev Fac Nac Salud Pública.* 1999;17(1): 9-16. [https://bibliotecadigital.udea.edu.co/bitstream/10495/4951/1/CabreraGustavo\\_1999\\_AnalisisPromocionSaludControlTabaquismo.pdf](https://bibliotecadigital.udea.edu.co/bitstream/10495/4951/1/CabreraGustavo_1999_AnalisisPromocionSaludControlTabaquismo.pdf).
17. González G, Peralta O, De la Rosa D. Impacto de una intervención educativa en el conocimiento del cáncer de mama en mujeres colombianas. *Revista Cubana de Salud Pública.* 2019;45(3). [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662019000300002&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662019000300002&lng=es).
18. Fernández M, Regueira S, Torres M. Factores de riesgo modificables en algunos tipos de cáncer. *Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta.* 2016;41(11): 1-10. <https://revzoilomarinaldo.sld.cu/index.php/zmv/article/view/940>.
19. Herrera N, Hernández A. Los factores de riesgo reproductivos reportados internacionalmente en el desarrollo de cáncer de mama no se observan en las pacientes mexicanas. *Rev Esp Méd Quir.* 2017;22(1): 28-36. <https://www.medigraphic.com/pdfs/quirurgicas/rmq-2017/rmq171d.pdf>.
20. Pérez G, Álvarez J, Selva A, Guilarte O, Pérez A. Actividades educativas en mujeres con factores de riesgo de cáncer de mama. *Rev MEDISAN.* 2011;15(6): 754-761. [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30192011000600005&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192011000600005&lng=es).
21. Subramanian P, Oranye N, Masri A, Taib N, Ahmad N. Breast Cancer Knowledge and Screening Behaviour among Women with a Positive Family History: A Cross Sectional Study. *Asian Pac J of Cancer Prev.* 2013;14(11): 6783-6790. doi:10.7314/apjcp.2013.14.11.6783.
22. Freitas A, Weller M. Knowledge about Risk Factors for Breast Cancer and Having a Close Relative with Cancer Affect the Frequency of Breast Self-Examination Performance. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2016;17(4): 2075-2081. doi:10.7314/apjcp.2016.17.4.2075.
23. Rigol R. *Obstetricia y Ginecología.* 2ª ed. La Habana: ECIMED; 2004. <http://www.ecimed.sld.cu/2004/01/01/878/>.
24. Aunders C, Baum M. *The breast: carcinoma of the breast.* 4ª ed. Missouri: Lippincott Williams and Wilkins; 2003.

25. Anderson B, Cazap E. Breast health global initiative (BHGI) outline for program development in Latin America. *Salud Publica de México*. 2009;51(2): 309-315. [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342009000800022&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342009000800022&lng=es).
26. Ribeiro C, Peuker A, Armiliato M, Alves M, Kern E. Early detection of breast cancer: the role of risk perception and family history. *Psicooncologia*. 2017;14(1): 83-92. doi:10.5209/PSIC.55813.
27. Sociedad Americana de Oncología Clínica. ASCO answers. *Cáncer de mama*. 2018. [https://www.cancer.net/sites/cancer.net/files/asco\\_answers\\_guide\\_breast\\_esp\\_0.pdf](https://www.cancer.net/sites/cancer.net/files/asco_answers_guide_breast_esp_0.pdf).
28. Rodríguez A. *Afecciones mamarias*. 3ª ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2010. <http://www.ecimed.sld.cu/2010/11/16/afecciones-mamarias/>.
29. Pedro M, Otero B, Martín B. Fertility preservation and breast cancer: a review. *Ecancer medical science*. 2015;9(503): 1-20. doi:10.3332/ecancer.2015.503.
30. Leung J, Pachana N, McLaughlin D. Social support and health-related quality of life in women with breast cancer: a longitudinal study. *Psychooncology*. 2014;23(9): 1014-20. doi:10.1002/pon.3523.
31. Centro para el control y prevención de las enfermedades (CDC de Atlanta). *Cáncer de mama*. <http://www.cdc.gov/spanish/cancer/breast/statistics/index.htm> [citado 15 marzo 2022].
32. Lopez L, Bravo J, Poblano O, Ortega D. Reproductive determinants of breast cancer in mexican women. *Ann NY Acad Sci*. 1997;26(837): 537-60. doi:10.1111/j.1749-6632.1997.tb56898.x.
33. Peña Y, Maceo M, Ávila D, Utria L, Más Y. Factores de riesgo para padecer cáncer de mama en la población femenina. *Rev Finlay*. 2017; 7(4): 1-6. <https://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/536>.
34. MacMahon B. General Motors Cancer Research Prizewinners Laureates Lectures. Charles S. Mott Prize. *Reproduction and cancer of the breast*. *Cancer*. 1993;71(10): 3185-3188. [https://doi.org/10.1002/1097-0142\(19930515\)71:10<3185::aid-cnrcr2820711047>3.0.co;2-c](https://doi.org/10.1002/1097-0142(19930515)71:10<3185::aid-cnrcr2820711047>3.0.co;2-c).
35. González A, Fonseca M, Valladares A, López L. Factores moduladores de resiliencia y sobrecarga en cuidadores principales de pacientes oncológicos avanzados. *Rev Finlay*. 2017;7(1): 26-32. [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2221-24342017000100005&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342017000100005&lng=es).
36. Sardiñas R. Auto examen de mama: un importante instrumento de prevención del cáncer de mama en atención primaria de salud. *Rev haban cienc méd*. 2009;8(3). [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1729-519X2009000300005&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2009000300005&lng=es).

37. Cooper H. *The Integrative Research Review: A Systematic Approach* Sage Publications: Beverly Hills. Educational Researcher. 1984;15(8): 17-18. <https://doi.org/10.3102/0013189X015008017>.
38. Ganong L. Integrative reviews of nursing research. *Res Nurs Health*. 1987;10(1): 1-11. doi:10.1002/nur.4770100103.
39. Broome M. *Integrative literature reviews for the development of concepts*. Philadelphia: W.B. Saunders Company; 2000. [https://www.scirp.org/\(S\(lz5mqp453edsnp55rrgjt55\)\)/reference/ReferencesPapers.aspx?ReferenceID=2010276](https://www.scirp.org/(S(lz5mqp453edsnp55rrgjt55))/reference/ReferencesPapers.aspx?ReferenceID=2010276).
40. Dumitrescu R, Cotarla I. Understanding breast cancer risk - where do we stand in 2005? *J Cell Mol Med*. 2005;9(1): 208-221. doi: 10.1111/j.1582-4934.2005.tb00350.x.
41. Mendoza L, Rueda Y. Factores asociados a la práctica de pruebas de detección temprana en cáncer de mama. *Rev. Actividad física y desarrollo humano*. 2015;7(1). [http://revistas.unipamplona.edu.co/ojs\\_viceinves/index.php/AFDH/article/view/2263](http://revistas.unipamplona.edu.co/ojs_viceinves/index.php/AFDH/article/view/2263).
42. Organización Mundial de la Salud [OMS] y Organización Panamericana de la Salud [OPS]. *Prevención: Factores de Riesgo y Prevención del Cáncer de Mama*. <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2015/prevencion-factores-riesgo.pdf>. [citado 15 de julio 2023].
43. Nevado M. *El cáncer de mama en la mujer anciana: perfil clínico biológico, diagnóstico y terapéutico*. Universidad Complutense de Madrid. 2010. <https://hdl.handle.net/20.500.14352/47724>.
44. Agudelo M. Determinantes sociodemográficos del acceso a la detección del cáncer de mama en México: una revisión de las encuestas nacionales. *Salud Colect Buenos Aires*. 2013;9(1): 79-90. <https://scielosp.org/pdf/scol/2013.v9n1/79-90/es>.
45. Torres L, Rojas R, Escamilla C, Vara E, Lazcano E. Tendencias en la mortalidad por cáncer en México de 1980 a 2011. *Salud Publica Mex*. 2014;56(5): 473-491. <https://www.scielosp.org/pdf/spm/2014.v56n5/473-491>.
46. Ortega D, López L, López M. Estrategias para la enseñanza del autoexamen del seno a mujeres en edad reproductiva. *Salud Publica Mex*. 2000;42(1): 17-25. <file:///C:/Users/Nestor/Downloads/6202-Texto%20del%20art%C3%ADculo-12619-1-10-20150807.pdf>.
47. Rojas J. Lactancia materna y cáncer de mama: un estudio caso-control en pacientes del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, Lima-Perú. *An Fac med*. 2008;69(1): 22-28. [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1025-55832008000100005&lng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832008000100005&lng=es).

48. Russo J, Morales R, Balogh G, Mailo D, Ruso I. The protective role of pregnancy in breast cancer. *Breast Cancer Res.* 2005;7(3): 131-142. doi:10.1186/bcr1029.
49. Fernández J, De Paz J. Cáncer de mama y ejercicio físico: Revisión. *Hacia la Promoción la Salud.* 2012;1(17): 135-153. <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v17n1/v17n1a10.pdf>.
50. Alvir J, Blandón J, Londoño A. Ingesta de alcohol y riesgo de cáncer de mama. Un estudio de casos y controles en Cali Colombia. *Colomb Med.* 2013;30(3): 118-122. <https://colombiamedica.univalle.edu.co/index.php/comedica/article/view/133>.
51. Ospina J, Manrique A, Veja N, Morales A, Ariza R. La no realización del auto examen de mama en Tunja, Colombia. *Enferm Glob.* 2011;10(23): 30-40. <https://dx.doi.org/10.4321/S1695-61412011000300003>.
52. Salvadó T, Bosch R, Navas N, Pons L, Lejeune M, López C, et al. Estudio comparativo de la supervivencia del cáncer de mama según diagnóstico asistencial versus programa de detección precoz. *Rev Senol y Patol Mamar.* 2016;29(1): 13-18. doi:10.1016/j.senol.2015.11.002.
53. Barroso P, Ruiz I, Puertas F, Carreño T, Nogales E. Factores relacionados con la no participación en el programa de detección precoz de cáncer de mama. *Gac Sanit.* 2009;23(1): 44-48. [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-91112009000100009&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112009000100009&lng=es).
54. Hernández I, González Y, Heredia L, Heredia A, Conde M, Aguilar S. Intervención educativa sobre detección precoz del cáncer de mama. *AMC.* 2011;15(3): 487-503. [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1025-02552011000300007&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552011000300007&lng=es).
55. Torres N, López F, De la Paz E, Agüero C. Intervención educativa sobre factores de riesgo del cáncer de mama en mujeres de 20 a 40 años. *Univ Méd Pinareña.* 2021;17(1): 1-12. <https://www.redalyc.org/journal/6382/638266620001/html/>.
56. Cáceres H, Camacho R, Roperó R, Barreras J, Cruz Y. Cáncer de mama metastásico estudio de serie de casos: Instituto Nacional Oncología y Radiobiología 2000-2003. *Rev Haban Cienc Méd.* 2010;9(3): 342-352. [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1729-519X2010000300009&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2010000300009&lng=es).
57. Ruiz R, Rubio M, Hernández D, Tamayo T. Experiencia en mujeres con cáncer de mama durante un trienio. *Rev Cubana Ginecol Salud Reprod.* 2011;37(3): 349-358. [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-600X2011000300007&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2011000300007&lng=es).

58. Izquierdo M, González U, González A, Jáuregui U. Calidad de vida en un grupo de mujeres cubanas con cáncer de mama. *Rev Haban Cienc Méd.* 2008;7(2): 1-11. [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1729-519X2008000200014&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2008000200014&lng=es).
59. Núñez M. Hablando desde la experiencia: las mujeres cubanas de hoy y el cáncer de mama. *Rev Cubana Salud Pública.* 2013;39(2): 394-401. <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v39n2/spu18213.pdf>.
60. Pérez O, Montejo N, Lázaro J, Castro R, Estrada A. Análisis de las recidivas loco regionales por cáncer de mama. *Rev Cubana Cir.* 2012;51(4): 280-287. [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-74932012000400003&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932012000400003&lng=es).
61. MINSALUD. Política de Atención Integral del Ministerio de Salud y Protección Social. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-pais-2016.pdf>. [citado 15 julio 2023].
62. Cuenca C, Despaigne A, Beltrán Y. Factores de riesgo de cáncer de mama en mujeres pertenecientes a un consultorio médico del Centro Urbano “José Martí”. *MEDISAN.* 2013;17(9): 4089-4095. [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30192013000900005&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192013000900005&lng=es).
63. Organización Panamericana de la Salud. Cáncer de mama. <https://www.paho.org/es/temas/cancer-mama>. [citado 15 julio 2023].