



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO

---

INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD

ÁREA ACADÉMICA DE MEDICINA

**“PERCEPCIÓN DE RIESGO DE CÁNCER DE MAMA Y  
CONDUCTAS DE AUTOCUIDADO EN MUJERES  
HIDALGUENSES”**

PROYECTO TERMINAL

Que para obtener el grado de:  
MAESTRA EN SALUD PÚBLICA

PRESENTA:  
ANA YARELI ESCUDERO CASTELÁN

DIRECTORA:  
DRA. ANDRÓMEDA IVETTE VALENCIA ORTIZ

CODIRECTORA:  
DRA. NORMA ANGÉLICA ORTEGA ANDRADE

ASESORA:  
DRA. MARÍA LETICIA BAUTISTA DÍAZ

Pachuca de Soto, Hgo. Febrero, 2021



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO

---

INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD

ÁREA ACADÉMICA DE MEDICINA

**“PERCEPCIÓN DE RIESGO DE CÁNCER DE MAMA Y  
CONDUCTAS DE AUTOCUIDADO EN MUJERES  
HIDALGUENSES”**

PROYECTO TERMINAL

Que para obtener el grado de:  
MAESTRA EN SALUD PÚBLICA

PRESENTA:  
ANA YARELI ESCUDERO CASTELÁN

DIRECTORA:  
DRA. ANDRÓMEDA IVETTE VALENCIA ORTIZ

CODIRECTORA:  
DRA. NORMA ANGÉLICA ORTEGA ANDRADE

ASESORA:  
DRA. MARÍA LETICIA BAUTISTA DÍAZ

Pachuca de Soto, Hgo. Febrero, 2021



Pachuca de Soto, Hidalgo., 27 de noviembre del 2020

**M. en C.S. MARÍA DEL CONSUELO CABRERA MORALES**  
**COORDINADORA DE LA MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA**  
**Presente.**

Los integrantes del Comité Tutorial de la alumna egresada Ana Yareli Escudero Castelán, con número de cuenta 215149, comunicamos a usted que el Proyecto de Producto Terminal denominado "Percepción de riesgo de cáncer de mama y conductas de autocuidado en mujeres hidalguenses" ha sido concluido y se encuentra en condiciones de continuar el proceso administrativo para proceder a la autorización de su impresión.

**Atentamente.**  
**"Amor, Orden y Progreso"**

Dra. Andrómeda Ivette Valencia Ortiz

Directora

Dra. Norma Angélica Ortega Andrade

Codirectora

Dra. María Leticia Bautista Díaz

Asesora



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO  
 Instituto de Ciencias de la Salud  
*School of Health Sciences*  
 Área Académica de Medicina  
*Department of Medicine*  
**Maestría en Salud Pública**  
*Master in Public Health*

Oficio Núm. ICSa/AAM/MSP/005/2021  
 Asunto: Autorización de Impresión de PPT  
 Pachuca de Soto, Hgo., enero 15 del 2021

**C. ANA YARELI ESCUDERO CASTELÁN**  
**ALUMNA DE LA MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA**  
*STUDENT OF THE MASTER IN PUBLIC HEALTH*

Comunicamos a usted, que el Comité Tutorial de su Proyecto de Producto Terminal denominado **"Percepción de riesgo de cáncer de mama y conductas de autocuidado en mujeres hidalguenses"** considera que ha sido concluido satisfactoriamente, por lo que puede proceder a la impresión de dicho trabajo.

Atentamente.  
**"Amor, Orden y Progreso"**

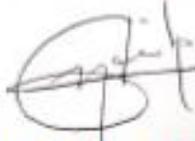



*Maestría en Salud Pública*

MC. Esp. Adrián Moya Escalera  
 Director del Instituto de Ciencias de la Salud  
*Dean of the School of Health Sciences*



MC. Esp. Luis Carlos Romero Quezada  
 Jefe del Área Académica de Medicina  
*Chair of the Department of Medicine*



D. en C.E. Lydia López Pontigo  
 Coordinadora de Posgrado del ICSa  
*Director of Graduate Studies of ICSa*



M. en C. María del Consuelo Cabrera Morales  
 Coordinadora de la Maestría en Salud Pública  
*Director of Graduate Studies Master in Public Health*

AMELCPQLLRMCCMhchcr\*



Eliseo Ramírez Ulloa Núm. 400  
 Col. Doctores  
 Pachuca de Soto, Hidalgo, C.P. 42000  
 Teléfono 52(771) 71 720 00 Ext. 2369  
 mma.salpublica@uaeh.edu.mx

[www.uaeh.edu.mx](http://www.uaeh.edu.mx)

## **AGRADECIMIENTOS**

*Estoy totalmente agradecida con la vida por permitirme llegar a este día, por tener salud y poder dar un paso más en esta historia.*

*Agradezco infinitamente el apoyo de mi familia, en especial a Isaac por ser ese motor latente en mi vida, porque es mi razón de ser.*

*Roberto porque tú has sido mi compañero en las desveladas, en las tristezas y en el éxito de esta etapa en mi vida...*

*Papá, no tengo palabras para expresar mi agradecimiento, por siempre estar ahí, porque este día es posible gracias a ti, a los principios que me forjaste y a tu apoyo día con día.*

*Mamá siempre te llevo conmigo y sé que siempre estas a mi lado...*

*Nayeli y Joaquín, hermanos son parte fundamental de mi vida, todos mis logros los comparto con ustedes, que son una muestra de apoyo incondicional.*

*Sra. Queta le agradezco por permitirme ser parte de su vida y por todo el apoyo que nos ha dado, sé que desde donde esté podrá ver este momento tan importante para mí...*

*Dra. Andrómeda muchas gracias por siempre estar ahí, en todo momento, en lo académico y en lo personal, gracias por compartir tantos conocimientos, por preocuparse por mí, por ese empujoncito que me hacía falta de vez en cuando para continuar, la admiro mucho...*

*Dr. Ruvalcaba muchas gracias por todo el apoyo brindado en este proyecto, sin lugar a dudas, fue una parte fundamental de este logro.*

*Dr. Oscar gracias por abrirme las puertas a una gran experiencia y por compartir sus conocimientos con esa sencillez y humildad que lo caracterizan. Equipo INCAN muchas gracias por darme la oportunidad de compartir y aprender con ustedes.*

*Compañeros maestrantes, gracias por hacer ameno este proceso, porque compartimos alegrías, el desayuno, el estrés y un sinfín de momentos especiales...*

*Gracias Conchita porque siempre resolvió mis dudas y fue una guía importante en este camino recorrido.*

*Dra. Norma y Dra. Lety gracias por los aportes académicos para que este momento sea posible.*

*Gracias CONACyT por seguir impulsando el desarrollo científico*

## ÍNDICE

Resumen	7
Abstract	8
Introducción	10
Marco teórico	13
Capítulo I. Cáncer	13
Cáncer de mama	14
Epidemiología	15
Clasificación	16
Factores biopsicosociales del cáncer de mama	17
Capítulo II. Prevención de cáncer de mama	19
Promoción de la salud y prevención de la enfermedad	19
Niveles de prevención	20
Acciones de prevención en cáncer de mama	24
Capítulo III. Percepción de riesgo y autocuidado en cáncer de mama	28
Modelo de creencias en salud	29
Percepción de riesgo	31
Autocuidado	32
Estudios previos de percepción de riesgo y autocuidado en cáncer de mama	34
Método	37
Planteamiento del problema	37
Justificación	38
Pregunta de investigación	39
Objetivo general	39
Objetivos específicos	39
Hipótesis	40
Tipo de estudio y diseño	40
Variables	40
Población	42
Muestra	42
Criterios de inclusión	42
Criterios de exclusión	42

Criterios de eliminación	42
Instrumentos	42
Análisis estadísticos	43
Consideraciones éticas	43
Resultados	45
Discusión y conclusión	59
Limitaciones y sugerencias	64
Referencias	65
Anexos	72

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Etapas del cáncer de mama de acuerdo a la Clasificación TNM.....	16
Tabla 2 Acciones es los niveles de prevención.....	21
Tabla 3 Operalización de las variables.....	41
Tabla 4 Secciones del Cuestionario de Percepción de Riesgo y Conductas de Autocuidado para la Prevención del Cáncer Mamario (PR-CONA-CM).....	43
Tabla 5 Distribución porcentual del estado civil o situación sentimental de las participantes.....	45
Tabla 6 Antecedentes familiares de primera línea (padres, hermanos, hijos) de cáncer.....	49
Tabla 7 Porcentaje de participantes de acuerdo al nivel de conductas de autocuidado relacionadas a cáncer de mama, percepción de riesgo de cáncer de mama y práctica adecuada de la técnica de autoexploración mamaria.....	53

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1	Porcentaje de las participantes de acuerdo a su escolaridad.....	46
Figura 2	Porcentaje del tipo de religión de las participantes.....	46
Figura 3	Porcentaje de acuerdo a la actividad principal que tienen las participantes.....	47
Figura 4	Distribución porcentual de las participantes de acuerdo al ingreso mensual promedio.....	47
Figura 5	Porcentaje de acuerdo al número de hijos que tienen las participantes...	48
Figura 6	Porcentaje del tipo de atención médica que reciben las participantes....	48
Figura 7	Porcentaje de participantes de acuerdo a si tienen o no facilidad que tiene de realizarse una rutina de prevención de acuerdo a la distancia y al costo.....	49
Figura 8	Porcentaje de participantes que conocen los síntomas de cáncer de mama.....	50
Figura 9	Porcentaje de participantes que se han realizado una mastografía.....	50
Figura 10	Puntuaciones obtenidas de conductas de autocuidado.....	51
Figura 11	Puntuaciones obtenidas de percepción de riesgo.....	52
Figura 12	Puntuaciones obtenidas en la práctica de la técnica de autoexploración mamaria.....	53
Figura 13	Índice de correlaciones estadísticamente significativas entre la práctica de conductas de autocuidado total y variables sociodemográficas.....	55
Figura 14	Índice de correlaciones estadísticamente significativas entre la práctica de conductas de autocuidado en un nivel bajo y variables sociodemográficas.....	56
Figura 15	Índice de correlaciones estadísticamente significativas entre la práctica de conductas de autocuidado en un nivel medio y variables sociodemográficas....	56
Figura 16	Índice de correlaciones estadísticamente significativas entre la práctica de conductas de autocuidado en un nivel alto y variables sociodemográficas.....	56
Figura 17	Índice de correlaciones estadísticamente significativas entre la percepción de riesgo total y variables sociodemográficas.....	56
Figura 18	Índice de correlaciones estadísticamente significativas entre un nivel bajo	

de percepción de riesgo total y variables sociodemográficas.....57

Figura 19 Índice de correlaciones estadísticamente significativas entre un nivel medio de percepción de riesgo total y variables sociodemográficas.....57

Figura 20 Índice de correlaciones estadísticamente significativas entre la realización de la técnica de autoexploración mamaria total y variables sociodemográficas.....58

Figura 21 Índice de correlaciones estadísticamente significativas entre la realización de la técnica de autoexploración mamaria en un nivel bajo y variables sociodemográficas.....58

## RESUMEN

**Introducción.** El cáncer de mama ocupa el primer lugar de morbilidad y mortalidad por cáncer en las mujeres de las Américas, además se reconoce que es un problema de salud que afecta a la persona física, emocional y socialmente. Por lo que la detección temprana, así como el tratamiento adecuado son clave para el control de la enfermedad, desafortunadamente en México se realiza el diagnóstico en etapas avanzadas por diversos factores. **Metodología.** Es un estudio no experimental, correlacional que tiene como objetivo identificar los niveles de percepción de riesgo y de prácticas de conductas de autocuidado, así como de la realización correcta de la técnica de autoexploración mamaria y su asociación con variables sociodemográficas en mujeres de 18 a 50 años que radican en el estado de Hidalgo. Se realizó un muestreo probabilístico obteniendo una muestra representativa, la recopilación de los datos se llevó a cabo mediante un cuestionario digital y para el tratamiento de los datos se llevó a cabo un análisis descriptivo, así como un análisis correlacional bivariado bilateral utilizando las pruebas estadísticas de Pearson, Spearman, Chi Cuadrada y la Prueba Exacta de Fisher (respectivamente) entre las variables sociodemográficas, la percepción de riesgo y las conductas de autocuidado. **Resultados.** Participaron 411 mujeres con una media de edad de 29.1 años y una DE=9.45. De acuerdo con los datos obtenidos, la percepción del riesgo de enfermar de cáncer de mama se encuentra en un nivel bajo en el 95.9% de las participantes, y en relación a la práctica de conductas de autocuidado para cáncer de mama el 47.7% obtuvieron un nivel bajo mientras que sólo el 13.9% lleva a cabo la técnica de autoexploración de una forma adecuada. Se identificaron correlaciones estadísticamente significativas de bajas a moderadas entre conductas de autocuidado, la percepción de riesgo y la técnica de autoexploración con la edad, escolaridad, actividad principal, el ingreso promedio mensual, así como con los antecedentes familiares de cáncer, con el tipo de atención médica y la facilidad que tienen para acudir a servicios de salud preventivos en cuanto a costo y distancia física, así mismo con el conocimiento de los síntomas de cáncer de mama. **Conclusión.** El cáncer de mama es una

enfermedad de alto impacto a nivel social y económico, es un problema de salud pública que sigue teniendo como base fundamental para su control el diagnóstico oportuno; por lo que, la percepción de riesgo, así como la práctica de conductas de autocuidado forman parte esencial en la atención de dicho padecimiento. Los datos identificados nos muestran niveles bajos en las participantes de estos dos pilares además de darnos un panorama general de variables sociodemográficas que están relacionadas con estos niveles encontrados, lo que permite analizar las características de la población y con ello proponer estrategias que involucre atender este problema de salud desde esta perspectiva psicológica de acuerdo a las necesidades específicas de la población. Es importante destacar que estos resultados nos permiten abrir el panorama para investigaciones futuras que vayan encaminadas hacia la implementación de estrategias en el campo de la prevención que propicien el control de dicha enfermedad.

## **ABSTRACT**

**Introduction.** Breast cancer ranks first in cancer morbidity and mortality in women in the Americas, and it is also recognized that it is a health problem that affects the person physically, emotionally, and socially. Therefore, early detection, as well as adequate treatment, are key to controlling the disease, unfortunately in Mexico diagnosis is made in advanced stages due to various factors. **Methodology.** It is a non-experimental, correlational study that aims to identify the levels of risk perception and practices of self-care behaviors as well as the correct practice of the breast self-examination technique association with sociodemographic variables in women between 18 and 50 years of age, living in the state of Hidalgo. A probabilistic sampling was carried out obtaining a representative sample, the data collection was carried out through a digital questionnaire and for the data treatment a descriptive analysis was carried out, as well as a bilateral bivariate correlational analysis using the statistical tests of Pearson, Spearman, Chi Square and Fisher's Exact Test (respectively) between sociodemographic variables, risk perception and self-care behaviors. **Results.** 411 women participated with a mean age of 29.1 years and a

SD = 9.45. According to the data obtained, the perception of the risk of becoming ill with breast cancer is at a low level in 95.9% of the participants, and in relation to the practice of self-care behaviors for breast cancer, 47.7% obtained a low level while only 13.9% carry out the self-examination technique in an adequate way. Statistically significant correlations from low to moderate were identified between self-care behaviors, risk perception and self-examination technique with age, education, main activity, average monthly income, as well as with family history of cancer, with the type of medical care and the ease they have to go to preventive health services in terms of cost and physical distance, as well as the knowledge of the symptoms of breast cancer. **Conclusion.** Breast cancer is a disease of high social and economic impact, it is a public health problem that continues to have as a fundamental basis for its control the timely diagnosis; Therefore, the perception of risk, as well as the practice of self-care behaviors are an essential part in the care of this condition. The data identified show us low levels in the participants of these two pillars in addition to giving us a general overview of sociodemographic variables that are related to these levels found, which allows us to analyze the characteristics of the population and thus propose strategies that involve addressing this problem health from this psychological perspective according to the specific needs of the population. It is important to emphasize that these results allow us to open the panorama for future research that is directed towards the implementation of strategies in the field of prevention that promote the control of said disease.

## INTRODUCCIÓN

El cáncer es un problema de salud pública debido a las características propias de la enfermedad, los indicadores de morbilidad y mortalidad debido a esta causa y el impacto que genera a nivel personal y social. Del mismo modo es una problemática que concierne a diferentes áreas de atención para poder ser abordada, así como ante su aparición intervienen múltiples factores.

De acuerdo con lo anterior, la presente investigación tiene como objetivo determinar la relación que existe entre las variables sociodemográficas (edad, escolaridad, estado civil, religión, número de hijos, actividad principal realizada, ingreso económico, tipo de servicios de salud al que acude principalmente y antecedentes familiares) y los niveles de percepción de riesgo y práctica de conductas de autocuidado asociadas a la prevención del cáncer de mama en mujeres de 18 a 50 años de edad que radican en el estado de Hidalgo durante el periodo junio 2019- junio 2020.

Se compone de tres capítulos y una sección de resultados, discusión y conclusión.

Dentro del Capítulo 1, se aborda de manera general lo que es la enfermedad de cáncer y factores que la caracterizan.

Las enfermedades no transmisibles (ENT) son afecciones que se caracterizan principalmente por ser aparecer de una forma gradual durante un largo tiempo; además de resultar de una combinación de factores genéticos, fisiológicos, ambientales y conductuales; y por otro lado, generar un impacto económico importante y ser causa de muertes prematuras. El cáncer es una ENT que se encuentra dentro de las que se presentan en la población principalmente a nivel mundial (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2018).

Dentro del capítulo 2, se explica de una forma breve cuáles son las acciones en salud que intervienen en la prevención de la enfermedad abordada en este proyecto.

El control de las ENT involucra intervenciones que se enfoquen en la disminución de factores de riesgo, así como que incluyan detección, cribado, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos. Además de aplicar un enfoque integral en el que se involucren todos los sectores. Sin embargo, la labor educativa, la promoción de la salud y de prevención es fundamental para enfrentar la problemática de las ENT (Serra *et al.*, 2018).

Para llevar a cabo intervenciones de promoción y de prevención, la educación en salud es fundamental, por lo que, esta acción de atención en salud de la población, involucra diversos aspectos dentro de los cuales es importante tomar en cuenta los diferentes factores biomédicos, psicológicos, sociales, ambientales y aspectos contextuales, culturales y sociales, utilizando teorías de cambios de comportamiento, uso del enfoque de empoderamiento, uso del enfoque colaborativo, educación experiencial, un enfoque participativo, con enfoque multidisciplinar (Ruiz, 2012).

Específicamente en cáncer, se han identificado múltiples factores de riesgo modificables, por lo que del 30 al 40% de los casos se puede evitar, otros se pueden detectar en las primeras fases de desarrollo, ser tratados y curados, mientras que los que se detectan en etapas muy avanzadas se puede enlentecer su progresión; en los países de bajos a medios ingresos, la detección del cáncer mayoritariamente se realiza de forma tardía, por lo que mejorar la accesibilidad a los servicios de salud es una prioridad (OMS, 2007). En cáncer de mama la detección temprana con vistas a un mejor pronóstico y la supervivencia siguen siendo las acciones predominantes del control de este tipo de cáncer (OMS, 2020).

En este sentido, la detección oportuna del cáncer de mama mejora la supervivencia, reduce el costo de atención y disminuye la morbilidad, dentro de las acciones de prevención, detección y diagnóstico precoz la concientización sobre la salud mamaria es fundamental e incluye reconocer los factores de riesgo que tiene la persona, modificación de estilos de vida y en casos específicos el tratamiento médico preventivo; dentro de la investigación científica, existen muchos avances que han distinguido el riesgo de padecer una enfermedad, la forma de realizar una

evaluación para su identificación, igualmente los avances tecnológicos apoyan a la detección oportuna y el tratamiento adecuado (OMS, 2015).

Y el capítulo 3 se centra en aspectos psicológicos que se involucran en el proceso de la prevención del cáncer, así como en el proceso de la enfermedad. Si bien, las conductas de riesgo y los estilos de vida saludables son bien definidos, por el contrario, la percepción que tienen las personas sobre esto está directamente plasmada con su contexto, por lo que la carencia de percepción de riesgo de padecer la enfermedad, que lleva un proceso de concientización sobre la situación se relaciona directamente con las conductas, siendo desde el punto de vista psicológico, crucial para que exista una modificación conductual que involucren factores de riesgo y/o protectores (Martínez, 2017).

Otro aspecto importante, como pilar en la prevención de enfermedades es el autocuidado, que se refiere a las actividades que realiza una persona en la vida cotidiana para cuidar su salud, prevenir una enfermedad o limitar el daño. Es una construcción que el individuo genera en relación al cuidado propio en el que intervienen factores culturales y sociales; existen acciones específicas de acuerdo al objetivo que tiene la persona, son intencionales y se alimentan de las experiencias, el aprendizaje del entorno social y el conocimiento adquirido (Arenas-Monreal *et al.*, 2011).

## MARCO TEÓRICO

### Capítulo I. Cáncer

El cáncer es un concepto que engloba a un grupo de enfermedades que pueden originarse casi en cualquier parte del cuerpo y son caracterizadas principalmente por el crecimiento rápido y descontrolado de células anormales, las cuales forman tumores o neoplasias malignas, además de que tienen la capacidad de extenderse a otros órganos, lo que se conoce como metástasis (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2018).

Es una enfermedad no transmisible, afecciones que se caracterizan por afectar la calidad de vida de quien la padece, generalmente, las consecuencias circunstanciales y el tratamiento propio de la enfermedad comprometen un cambio en el estilo de vida, lo que involucra las habilidades afectivas, cognitivas, sociales y conductuales de los pacientes (Oblitas, 2010). Estos padecimientos tienen un impacto importante en el bienestar y la calidad de vida de quienes las padecen y de las personas que le rodean, afectando negativamente la autopercepción de su estado de salud, además del reajuste psicológico y de su vida cotidiana que tiene que realizar el individuo al recibir el diagnóstico (Granados *et al.*, 2013).

La generación del cáncer es un proceso evolutivo el cual comprende un periodo que va desde la exposición a un carcinógeno hasta el desarrollo de una neoplasia. Dicho proceso comprende tres etapas que son: la iniciación, la promoción y la progresión tumoral; en la primera la acción de agentes biológicos, químicos o físicos alteran de forma irreversible la estructura heredable de la célula, es decir, que la célula desarrollará células malignas; la segunda es un estadio en el cual el desarrollo natural neoplásico se expande con la alteración genética celular, sin embargo, puede ser reversible con son otros agentes que actúen como inhibidores de la comunicación intercelular; y la tercera se caracteriza por la existencia de una neoplasia benigna o maligna establecida de forma irreversible (Oblitas, 2010).

El inicio del cáncer es una célula que sufre de cambios genéticos por mutaciones adquiridas a través del tiempo en múltiples genes o en genes claves; así mismo, existe la etiología infecciosa del cáncer, en la que un virus tumoral incita la transformación al afectar directamente la célula, los virus que se han relacionado con la formación de tumores son algunos de estas familias virales: hepadnavirus, herpesvirus, flavivirus, papilomavirus, poliomavirus y retrovirus (Meza-Junco *et al.* 2006).

Existen tres tipos de mutación de los genes los que producen el cáncer: los oncogenes, son genes mutados que promueven la división celular; los genes supresores tumorales, cuando estos genes se mutan la célula se divide sin control e inhiben la apoptosis; y genes de reparación de ADN, debido a la mutación adquirida o heredada el sistema de reparación se vuelve deficiente y de acuerdo al grado en que los oncogenes y los genes supresores tumorales estén afectados por las mutaciones la probabilidad de padecer neoplasias malignas es mayor (De la Garza & Juárez, 2014).

### ***Cáncer de Mama***

El cáncer de mama se produce en las células mamarias y puede extenderse hacia los ganglios linfáticos axilares o supraclaviculares; las células cancerosas del seno normalmente forman un tumor que a menudo se puede observar con estudios de imagen o se puede palpar como una masa o bulto. Y generalmente, necesita muchos años para desarrollarse, por lo que el riesgo de recibir un diagnóstico es superior a mayor edad; sin embargo, el cáncer puede afectar a cualquier persona (American Cancer Society, 2019).

Desde el punto de vista biológico, es una enfermedad heterogénea causada por la acumulación progresiva de aberraciones genéticas y existen múltiples factores que incrementan el riesgo de desarrollarlo (edad, predisposición genética, factores hormonales, proliferaciones benignas y factores ambientales) pero el 50% de los casos no se identifican (Espinosa, 2018).

Clínicamente el cáncer de mama se presenta de forma habitual como masa o nódulo indoloro, que es detectado por la paciente o por el personal de salud en una revisión rutinaria. Sin embargo, un cambio en los senos, puede ser un signo de alarma o sospecha de la presencia de la enfermedad, estas alteraciones pueden ser: inflamación de todo el seno o parte de él, eritema, calor, masa dura y fija a planos profundos o a la piel con o sin retracción de la misma, dolor en el seno o en el pezón, retracción del pezón, formación de hoyuelos en la piel “piel de naranja”, edema cutáneo, piel del pezón o seno roja, seca, descamada o gruesa, secreción del pezón y ganglios linfáticos hinchados o adenopatías axilares, en caso de que exista telorragia hay que descartar un tumor intracanalicular; en tumores muy evolucionados puede observarse la presencia de una masa ulcerada o la práctica destrucción de la glándula mamaria. Y en pacientes con metástasis los síntomas suelen estar relacionados con la zona afectada (dolor óseo, fractura patológica, disnea, etc.) (American Cancer Society, 2019; Martín *et al.*, 2013).

### ***Epidemiología***

En el año 2018, el cáncer de mama a nivel Mundial ocupó el segundo lugar como el tipo de cáncer más común con 2 088 849 casos, teniendo una tasa de incidencia de 46.3 por cada 100,000 mujeres y el quinto lugar como causa de muerte por cáncer con 626 679 defunciones representando una tasa de mortalidad 13.0 por cada 100,000 mujeres (OMS,2018).

Mientras que en México ocupa el primer lugar en morbilidad y en mortalidad por cáncer, con una tasa de incidencia de 39.5 por cada 100,000 mujeres y una tasa de mortalidad de 9.9 por cada 100,000 mujeres (OMS, 2019).

Finalmente, en el Estado de Hidalgo este tipo de cáncer es el más común y el primero como causa de mortalidad por cáncer en mujeres, presentándose en 2017 122 casos nuevos (tasa de incidencia: 13.8) y 120 muertes (Tasa de mortalidad: 13.8) (Dirección General de Epidemiología [DGE], 2018).

## Clasificación

De manera general el cáncer se clasifica de acuerdo al órgano donde se origina, denominándose de la misma manera. Y de acuerdo a sus características, existen subclasificaciones, una forma de clasificación es el estadio del mismo, de acuerdo al Instituto Nacional del Cáncer (INC, 2015) el estadio se refiere a la extensión del cáncer, es decir, qué tan grande es el tumor y si se ha propagado. Hay muchos sistemas de estadificación, sin embargo, la mayoría incluyen información acerca de: la ubicación del tumor en el cuerpo, el tipo de células (tales como adenocarcinoma o carcinoma de células escamosas), el tamaño del tumor, si se ha diseminado a los ganglios linfáticos cercanos, si el cáncer se ha diseminado a una parte diferente del cuerpo y el grado del tumor, el cual se refiere al aspecto anormal de las células y de la probabilidad de que el tumor crezca y se disemine.

En cáncer de mama, la clasificación de acuerdo al sistema TNM (Tabla 1) fue publicado por el American Joint Committee on Cancer (AJCC), actualizada en 2002 (Chabner *et al.*, 2009) y es el sistema de estadificación más utilizado (INC, 2015): La T se refiere al tamaño y extensión del tumor principal o tumor primario. La N describe la extensión de cáncer que se ha diseminado a los ganglios (o nódulos) linfáticos cercanos. La M alude a si el cáncer ha tenido metástasis, esto significa, que se ha diseminado desde el tumor primario a otras partes del cuerpo. Además, después de cada letra se indican números que dan más detalles acerca de la dimensión del cáncer.

**Tabla 1**

*Etapas del cáncer de mama de acuerdo a la clasificación TNM*

Etapa	Características
Etapa 0	Tis N0 M0
Etapa I	T1 N0 M0 (incluyendo T1mic)
Etapa IIA	T0 N1 M0; T1 N1 M0 (incluyendo T1mic); T2 N0 M0
Etapa IIB	T2 N1 M0; T3 N0 M0
Etapa IIIA	T0 N2 M0; T1 N2 M0 (incluyendo T1mic); T2 N2 M0; T3 N1 M0; T3 N2 M0
Etapa IIIB	T4 cualquier N M0
Etapa IIIC	cualquier T N3 M0
Etapa IV	cualquier T cualquier N M1

Nota: T= tumor N=nódulos M=metastasis.

## ***Factores Biopsicosociales del Cáncer de Mama***

Se ha tratado de esclarecer cuáles son las causas del cáncer, sin embargo, se ha determinado que es un padecimiento multifactorial, dichos factores relacionados a la génesis del cáncer son de dos tipos: agentes iniciadores y agentes promotores, los primeros actúan a través de mutaciones mientras que los segundos aceleran la proliferación de células mutadas (Granados *et al.*, 2013); considerando que un 70% de éstos se relaciona con el estilo de vida de la persona y causas ambientales (Amigo-Vázquez, 2017).

En general, uno de los aspectos que se relacionan con el padecimiento del cáncer es el envejecimiento, sin embargo, existen tipos particulares de cáncer que afectan a grupos de edades específicas. El nivel socioeconómico de los países también se relaciona con los diferentes tipos de cáncer: la población de los países en vías de desarrollo es más propensa a las neoplasias y los tipos de cáncer más frecuentes se relacionan a la implicación de agentes infecto-contagiosos; siguiendo esta línea, la exposición a carcinógenos en el ambiente se vincula con la enfermedad, lo cual depende principalmente del lugar de residencia y los cambios ambientales producto de la sociedad. Desde el punto de vista epidemiológico se han relacionado diversos factores de riesgo o posibles causas del cáncer, sin embargo, las causas directas no son los únicos indicadores reales; los agentes etiológicos son las causas directas de transformación maligna (Granados *et al.*, 2013).

De manera particular, en el cáncer de mama se han identificado factores de riesgo que son biológicos, ambientales, factores hormonales y relacionados con la historia reproductiva y los relacionados con los estilos de vida, los cuales pueden ejercer acción en secuencia y/o en conjunto para causar y desarrollar el cáncer; dentro de los cuales destacan ser mujer, el envejecimiento, antecedentes familiares (en madre, hermanas o hijas) de este tipo de cáncer, inicio de la menstruación antes de los 12 años, inicio de la menopausia después de los 52 años, tejido mamario denso, ser portador conocido de los genes BRCA1 o BRCA2, exposición a radiaciones ionizantes principalmente en el desarrollo o crecimiento, tratamiento de

radioterapia en tórax, no haber tenido hijos, primer embarazo a término después de los 30 años de edad, terapia de reemplazo hormonal por más de cinco años, alimentación rica en carbohidratos y grasas saturadas y baja en fibra, obesidad, sedentarismo, consumo de tabaco y de alcohol (American Cancer Society, 2012; Chabner *et al.*, 2008; Secretaría de Salud, 2017).

Por otro lado, Romero (2010) refiere que numerosas investigaciones aportan información acerca de las emociones que un individuo experimenta ante el cáncer, además de la forma de enfrentarse al mismo, dentro de lo que destaca cuatro reacciones emocionales al cáncer que son ansiedad, ira, culpa y depresión; dichas emociones van a ir apareciendo de acuerdo a la percepción que el paciente tenga de la propia enfermedad y a la valoración o interpretación de la misma; de este modo, en un primer momento, cuando la persona recibe el diagnóstico de cáncer, la respuesta emocional que genera primordialmente es ansiedad.

## **Capítulo II. Prevención de Cáncer de Mama**

Existen dos enfoques básicos para la prevención y control de enfermedades, el enfoque individual orienta las acciones de prevención y control en las causas del problema de salud en las personas; mientras que el enfoque poblacional atiende las causas de la enfermedad en la población (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2011).

En Salud Pública las medidas de control implican intervenciones en salud que tienen como objetivo disminuir la incidencia y prevalencia de un problema de salud en específico, para que, con ello, la magnitud de daño a la salud se reduzca y deje de ser un problema de salud pública (OPS, 2011).

### ***Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad***

La promoción de la salud es una estrategia que se enfoca en el mantenimiento de la salud, es decir, se centra en los determinantes de salud y el establecimiento de estilos de vida saludable (Vignolo *et al.*, 2011).

De acuerdo con la Carta de Ottawa de 1986 (Duncan & Macéiras, 2001) la promoción de la salud es el proceso de capacitación que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla, la cual cuenta con tres componentes esenciales: 1) La buena gobernanza: hacer de la salud un aspecto central de las políticas; 2) La educación sanitaria: tiene como objetivo promover y facilitar en la población la adquisición de información, conocimientos y aptitudes que les permitan la elección consciente de opciones saludables; y 3) Las ciudades saludables: debe ser prioridad realizar planificaciones urbanas saludables a fin de poner en práctica medidas preventivas en las comunidades y centros de atención primaria con base en el liderazgo y compromiso de las autoridades. Y sus funciones principales son: 1) El desarrollo de aptitudes personales para la salud, 2) Desarrollo de entornos favorables, 3) Reforzar la acción comunitaria, 4) Reorientar los servicios de salud, e 5) Impulsar políticas públicas saludables.

La promoción de la salud es un proceso enseñanza-aprendizaje mediante el cual la población logra ejercer control sobre su salud y bienestar con la utilización de los recursos disponibles, de acuerdo con esto, la educación es clave para el desarrollo de la promoción de la salud. La educación para la salud implica un conjunto de técnicas que permita la adecuada comunicación entre el profesional de salud y la comunidad, que permita la participación de la población y con ello logre un conocimiento que permee en la concientización sobre la salud y enfermedades y con ello tome decisiones favorables en la adquisición de estilos de vida saludables (Díaz *et al.*, 2012).

También se puede ubicar como prevención primordial, sus acciones se dirigen a la población total con la finalidad de evitar que surjan o se consoliden modos de vida sociales, económicos y culturales que contribuyen a elevar el riesgo de enfermar (OPS, 2011).

La prevención, por su parte, se centra en la enfermedad, pone énfasis en población de riesgo y las acciones van dirigidas hacia los factores de riesgo, factores involucrados en el desarrollo o proceso de una enfermedad en particular (Julio *et al.*, 2011). De tal forma que la prevención abarca medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de los factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecidas (OMS, 1998). La prevención de enfermedades requiere de acciones multisectoriales e interdisciplinarias con el objetivo de preservar la salud de la población (Álvarez & Kuri-Morales, 2018).

### ***Niveles de Prevención***

De acuerdo al modelo propuesto por Leavell y Clark (1965, adaptado por Terris, 1978 en Álvarez & Kuri-Morales, 2018) “la tesis de multicausalidad de una enfermedad”, el cual formula que la enfermedad es un proceso que comienza con el estado de salud y termina con los desenlaces posibles de la evolución de un padecimiento, en concordancia con el grado de avance del proceso salud-enfermedad, el cual está basado en el equilibrio de tres componentes denominados

la triada ecológica (agente, huésped y ambiente), por lo que, la historia natural de la enfermedad se divide en dos etapas y de acuerdo con éstas las intervenciones se clasifican en tres niveles de prevención (Tabla 2):

1) Prepatogénica: es anterior a la enfermedad sin existencia de cambios celulares, tisulares u orgánicos y en esta fase es donde se llevan a cabo acciones de prevención primaria enfocada en actividades de educación para salud y de prevención específica.

2) Patogénica: es la etapa en la que el individuo experimenta cambios que pueden generarse con rapidez o de manera progresiva, los signos y síntomas; esta etapa se divide a su vez en dos periodos:

a) Periodo subclínico: los cambios en el individuo celulares, tisulares, bioquímicos o fisiológico se presentan sin signos o síntomas, por lo que se realizan acciones de prevención secundaria la cual incorpora la detección precoz, el diagnóstico oportuno, el tratamiento adecuado y la limitación del daño.

b) Periodo clínico: se presentan signos y síntomas, puede generar cronicidad y surgir complicaciones del padecimiento e incluso puede llevar a la muerte, por lo que se busca la realización de intervenciones de prevención terciaria, la cual se enfoca limitar el daño y rehabilitar al paciente.

**Tabla 2**

*Acciones en los niveles de prevención*

Prevención	Objetivo	Acciones
Primaria	Disminuir la incidencia de la enfermedad	Promoción de la salud Prevención específica
Secundaria	Hacer una detección temprana de la enfermedad para brindar un tratamiento adecuado de la misma	Detección precoz Diagnóstico oportuno Tratamiento adecuado
Terciaria	Limitar las complicaciones de la enfermedad y/o recuperar las funciones de la persona a través de la rehabilitación	Limitación del daño Rehabilitación

La prevención primaria se enfoca en medidas para evitar la aparición de un problema de salud, su objetivo principal es reducir la incidencia de enfermedades

(OPS, 2011). Actúa ante la presencia de factores que han demostrado riesgo para el desarrollo de alguna enfermedad; dentro de sus acciones primordiales son la vacunación, la quimioprofilaxis y la implementación de estilos de vida saludables (García & García, 2012). Las principales estrategias que se utilizan aquí van enfocadas hacia el control de factores de riesgo (exposición a factores causales, predisponentes o condicionantes. Para ello se llevan a cabo acciones de educación en enfermedades específicas, así como en los factores de riesgo para desarrollarlas, con la finalidad de concientizar a la población y conlleve a la modificación conductual y disminución de exposición a riesgos (Álvarez & Kuri-Morales, 2018).

La prevención específica consiste en la implementación de medidas específicas, es decir, dirigidas especialmente a un problema en particular, con la finalidad de evitar las enfermedades, el objetivo principal de estas acciones es disminuir la prevalencia de los problemas de salud e implica la evitación de uno o más factores de riesgo concretos para el desarrollo de la enfermedad (Álvarez & Kuri-Morales, 2018; Vignolo *et al.*, 2011).

El nivel de prevención secundaria actúa sobre el enfermo, su objetivo principal es la curación, limitación del daño y mantener el control para impedir complicaciones (García & García, 2012). Comprende acciones de detección precoz y tratamiento oportuno. La detección es una búsqueda intencional de padecimientos, antes de que aparezcan síntomas específicos (Álvarez & Kuri-Morales, 2018). La detección precoz implica acciones para la identificación temprana de la enfermedad para realizar una intervención más eficaz que incluye tamizajes o pruebas (Croswell *et al.*, 2017). Incluye la búsqueda en individuos aparentemente sanos de enfermedades lo más prematuro posible, debido a que la captación rápida de casos y el tratamiento oportuno son esenciales para el control de una enfermedad, que involucra el pronóstico, la limitación del daño o la cura (Vignolo *et al.*, 2011). Los programas de tamizaje poblacional son un claro ejemplo de acciones en este nivel de prevención (OPS, 2011).

El diagnóstico es un proceso fundamental en la atención clínica que se

realiza a partir de un “cuadro clínico” el cual tiene tres componentes, el síndrome que se refiere a los signos y síntomas que el individuo presenta por una enfermedad, la enfermedad, tal cual ha sido definida en textos y el contexto que implica el ambiente social, económico y psicológico que de la persona que padece la enfermedad. (Capurro & Rada, 2007).

La oportunidad del diagnóstico se basa en el conocimiento previo del médico, el estudio clínico completo, la interpretación correcta de estudios, así como la indicación terapéutica basada en su diagnóstico. Generalmente, cuando el proceso de salud-enfermedad lleva un curso lento, el diagnóstico temprano es posible (Álvarez & Kuri-Morales, 2018).

El tratamiento comprende el abordaje que se le dará a la enfermedad, acorde con las características y los productos terapéuticos adecuados (Álvarez & Kuri-Morales, 2018). El tratamiento es una acción posterior a realizar el diagnóstico, es un proceso metodológico por medio del cual el personal de salud determinará de acuerdo con su conocimiento y su experiencia intervenciones favorables para el restablecimiento de su salud, tomando en cuenta el diagnóstico del problema principal del paciente, las características individuales del paciente, el pronóstico y el deseo del individuo y su familia, además de cuestiones éticas (Díaz, 2008). Implica desde recomendaciones de hábitos higiénicos, alimentación, hidratación actividad física, medicamentos y/o intervenciones especializadas como pueden ser las cirugías (Grupo de Estudios de Ética Clínica, 2003). Entre más pronto se realice el diagnóstico y se provea un tratamiento, se evita el daño o se retrasan las secuelas de la enfermedad (Vignolo *et al.*, 2011).

El nivel de prevención terciaria tiene como objetivo principal reducir el progreso y las complicaciones de una enfermedad establecida en un estado clínico avanzado (OPS, 2011). Se enfoca en intervenciones para la limitación del daño y la recuperación de la enfermedad, lo cual indica la restricción de la incapacidad, por lo que se enfoca en prevenir todas las complicaciones y secuelas posibles de una enfermedad, tras limitar al máximo la capacidad residual y evitar la muerte (Álvarez & Kuri-Morales, 2018). Implica minimizar el sufrimiento causado por la pérdida de la

salud, la adaptación de los pacientes a complicaciones o problemas incurables y contribuye a reducir la recidiva de la enfermedad (Vignolo, et al., 2011). Así mismo, atenúan o evitan las consecuencias de las intervenciones innecesarias o excesivas del sistema sanitario (García & García, 2012).

La rehabilitación consiste en la implementación de acciones físicas, mentales, sociales, vocacionales y económicas con el objetivo de generar en un individuo deficitario reubicarse en la sociedad y proveer su propia subsistencia (Álvarez & Kuri-Morales, 2018). Se enfoca en la recuperación de la enfermedad mediante tratamiento físico, psicológico y social en caso de invalidez o secuelas buscando reducirlas (Vignolo *et al.*, 2011).

### ***Acciones de Prevención en Cáncer de Mama***

Las acciones de prevención en cáncer de mama incorporan actividades específicas en cada uno de los niveles, incluyendo en el primer nivel comunicación educativa a la población para que reconozcan los factores de riesgo involucrados en el desarrollo de esta enfermedad, así como en la modificación conductual que implique la adopción de estilos de vida saludables; por ejemplo, la actividad física, consumo de tabaco, los componentes nutricionales y el índice de masa corporal modifican la posibilidad de desarrollar de forma esporádica cáncer de mama. Una de las estrategias primordiales en este caso, va dirigida hacia la educación y sensibilización del reconocimiento corporal de las mujeres, enfocada al conocimiento de las características normales de las mamas y demandar atención médica oportuna si descubre alguna anomalía (Cárdenas *et al.*, 2017).

Dentro de las acciones de detección precoz del cáncer de mama, de acuerdo con la NOM-041 (Secretaría de Salud, 2011) son la técnica de autoexploración, el examen clínico y la mastografía.

Existen tres acciones básicas de detección del cáncer de mama (Secretaría de Salud, 2017):

- a) La autoexploración: es una técnica basada en la revisión de las mamas por la misma mujer, el objetivo de ésta es aumentar la posibilidad de detectar a tiempo algún signo de enfermedad en los senos, debe realizarse una vez al mes, a partir de los 20 años de edad, centrándose en el conocimiento de la consistencia, la forma y la textura propia de la mama, incrementando la sensibilidad en sus manos, que permitirá identificar cualquier cambio, y en caso de anomalía deberá acudir con inmediatez a su unidad de salud (Secretaría de Salud, 2015).
- b) La exploración clínica: es una técnica de detección basada en la exploración de las mamas por el personal médico o de enfermería, para identificar cambios que sean sugerentes de enfermedad, debe realizarse una vez al año, a partir de los 25 años de edad. El estudio completo consiste en la elaboración de la historia clínica para la valoración de los factores de riesgo y la exploración física mediante la observación y la palpación de las mamas, a través de la inspección visual, el personal de salud podrá identificar tumoración, retracción de la piel, hundimiento o cambio de dirección del pezón, salida de secreción por el pezón que no sea calostro o leche, de aspecto seroso, sanguaza o sangre y cambios en la piel y en su coloración; por medio de la palpación, el personal médico o de enfermería explorará los huecos axilares y la región de la clavícula, posteriormente toda la mama ya sea en líneas paralelas o circulares y repetirá esta maniobra pidiéndole colocar la mano atrás de la cabeza, y finalmente hará presión en el pezón en forma suave para descartar la salida de secreciones anormales (Secretaría de Salud, 2015). La mastografía: es un estudio radiográfico que se lleva a cabo el uso de equipo especializado denominado mastógrafo, se utiliza para buscar anomalías de la mama a través de imágenes, las cuáles deben ser interpretadas por un médico radiólogo para identificar si hay presencia de una tumoración (benigna o con señales de posible cáncer); su objetivo principal es detectar el cáncer en sus etapas iniciales, cuando aún no es palpable (Secretaría de Salud, 2015).
- c) En cáncer de mama los métodos diagnósticos por imagen son la mamografía,

por medio de la cual se detectan signos de malignidad, la ecografía mamaria tiene mayor capacidad para diferenciar lesiones quísticas de sólidas, identificando características visuales de nódulos malignos, el ultrasonido es complementario y puede identificar entre quistes y sólidos, y la resonancia magnética, la cual tiene sensibilidad diagnóstica elevada, ayuda a detectar tumores que no son identificables por mastografía o exploración física, para la identificación de tumores mamarios ocultos en presentación axilar y para hacer biopsias dirigidas (Granados & Herrera, 2010). La realización de una biopsia incisional en el diagnóstico es necesaria para llevar a cabo la planificación del tratamiento y evaluar el pronóstico (Martín *et. al.*, 2013).

La evolución de los tratamientos médicos ha permitido un manejo del cáncer más efectivo (American Cancer Society, 2019); la selección del tratamiento más adecuado corresponde a las necesidades clínicas de cada paciente, tomando en cuenta los beneficios, riesgos y efectos secundarios de cada opción o paquete de tratamiento. Se pueden clasificar en locales y sistémicos, en los que participan médicos profesionales para intervenir según su área de especialización.

Los tratamientos locales implican tratar de eliminar el cáncer sin afectar el resto del cuerpo, y en esta categoría se incluyen la cirugía y la radioterapia:

Aunque también puede tener el objetivo reconstruir el seno posteriormente a la extracción del cáncer o para aliviar la sintomatología presente en etapas avanzadas, la cirugía es un tratamiento a la que generalmente se recurre para extraer tanto del tumor cancerígeno sea posible, y existen dos tipos (Moo *et al.*, 2018): a) La cirugía con conservación del seno, y b) Mastectomía.

La radioterapia consiste en el uso de rayos o partículas de alta energía para eliminar células cancerígenas. Se utiliza cuando el cáncer ha hecho metástasis en zonas como los huesos o el cerebro, después de una tumorectomía para disminuir el riesgo de que el cáncer reaparezca en el tejido mamario o en ganglios linfáticos (Castaneda & Strasser, 2017), después de una mastectomía cuando el cáncer medía más de 5 centímetros o si se encuentra en los ganglios linfáticos. Existen dos

tipos de radioterapia: a) Externa, y b) Interna o Braquiterapia.

Los tratamientos sistémicos consisten en la utilización de medicamentos como mecanismo de erradicación de células cancerosas en cualquier parte del cuerpo; la administración puede llevarse a cabo en el torrente sanguíneo de forma directa o por vía oral. Para el cáncer de seno, existen tres tipos: quimioterapia, terapia hormonal y terapia dirigida.

En la quimioterapia, el medicamento viaja a través del torrente sanguíneo, de forma oral o directamente en el líquido cefalorraquídeo que rodea la médula espinal y el cerebro, para llegar a las células cancerosas en todo el cuerpo (Makhoul, 2018). Existen circunstancias clínicas por las que se recomienda: después de cirugía (quimioterapia adyuvante), antes de la cirugía (quimioterapia neoadyuvante) y para cáncer de seno avanzado. Los medicamentos más utilizados para la quimioterapia en caso de quimioterapia adyuvante y neoadyuvante incluyen: antraciclinas (doxorubicina y epirubicina), taxanos (paclitaxel y docetaxel), ciclofosfamida, carboplatino y 5-fluorouracilo. Y para el cáncer de seno con metástasis suele utilizarse: taxanos con paclitaxel, antraciclinas, agentes que contienen platino, vinorelbina, capecitabina, gemcitabina, ixabepilona, paclitaxel ligado a albúmina y eribulina (American Cancer Society, 2018).

La terapia hormonal tiene como objetivo eliminar las células cancerígenas del cuerpo, no solamente aquellas encontradas en el seno; se utiliza en pacientes con positivo de receptores de hormonas (ER-positivo y/o PR-positivo), usualmente posterior a la cirugía, aunque en ocasiones también puede considerarse su uso previo a la misma (American Cancer Society, 2018).

Y la terapia dirigida está conformada por medicamentos cuyo objetivo es la inhibición del crecimiento y diseminación de las células cancerosas mediante interferencias a nivel molecular para que no se efectúen dichos procesos característicos del cáncer. A diferencia de la quimioterapia, no destruye a todas las células, más bien actúan en blancos moleculares específicos (INC, 2019).

### **Capítulo III. Percepción de Riesgo y Autocuidado en Cáncer de Mama**

“La Salud Pública está conformada por una serie de esfuerzos sociales organizados para promover, preservar y en su caso recuperar la salud” (Álvarez & Kuri-Morales, 2018, p. 185).

La complejidad de la Salud Pública actual demanda el paradigma transdisciplinar, con una visión amplia hacia una comprensión de la realidad, confluyendo el todo en la producción del conocimiento considerando no sólo los aspectos teóricos sino las implicaciones prácticas; con ello el abordaje de los problemas de salud actuales, tomará en cuenta la complejidad del ser humano del siglo XXI, partiendo desde el modelo disciplinar y complementando con el desarrollo de habilidades orientadas hacia la transdisciplinariedad (Castilla *et al.*, 2018).

Existen factores psicológicos protectores que son características propias de la persona que juegan un papel importante en la reducción del riesgo, de situaciones que comprometan su salud o que se sobrepongan a dificultades específicas, por otro lado, el autocuidado es una construcción cultural que involucra conocimiento y acciones específicas para tomar precauciones ante diversas situaciones que pongan en peligro la salud (Gómez, 2017).

Desde esta perspectiva, existen múltiples modelos que abordan variables cognitivas y conductuales que permiten entender el proceso salud-enfermedad desde la percepción de la persona, así como el impacto en las acciones planteadas para la promoción de la salud y la prevención de enfermedad en sus diferentes niveles. Desde esta perspectiva, es necesario hacer énfasis en factores psicológicos que intervienen directamente durante el proceso salud-enfermedad de un individuo (Flórez, 2007).

Una conducta de salud implica el esfuerzo por reducir los patógenos conductuales y llevar a cabo acciones que sirvan como inmunógenos conductuales (Matarazzo, 1984). Desde la perspectiva psicológica, los comportamientos saludables son influenciados por el contexto social, la percepción del síntoma, los estados emocionales y las creencias en salud.

En este sentido, el contexto social, influye considerablemente en los hábitos de salud, el aprendizaje vicario y la relación con pares son los principales modeladores de conductas, por lo que el apoyo social se convierte de igual forma en un factor relevante para la modificación conductual; la presencia de malestar o síntomas inesperados también se visualizan como un motor de cambio en los hábitos de vida; mientras que los cambios emocionales implican reacciones conductuales, que de acuerdo a la emoción generarán comportamientos, por ejemplo, cuando hay presencia de ansiedad, pueden incrementarse la ingesta excesiva de alimentos calóricos o el consumo de sustancias nocivas. Y otro factor que tiene que ver con cogniciones con las creencias en salud, las cuales tienen un impacto importante en la disminución de factores de riesgo y de incorporación de hábitos saludables (Amigo-Vázquez, 2017).

### ***Modelo de Creencias en Salud***

Las creencias son pensamientos que influyen en la toma de decisiones de una persona, además son desarrolladas a través de las experiencias y el conocimiento. En el caso específico de un problema de salud, son éstas las que van a influir directamente con las acciones, es decir con las conductas de salud (Amigo-Vázquez, 2017).

Desde la perspectiva de Psicología de la Salud, las creencias en salud se entienden como las relaciones incuas entre conductas generadas socialmente (San Pedro & Roales-Nieto, 2003).

El Modelo de Creencias en Salud (Rosentock, 1974 en Flórez, 2007) refiere que para que una persona adopte una conducta para el cuidado de su salud se determina de acuerdo a cuatro dimensiones:

1. Susceptibilidad percibida, la percepción subjetiva individual de la vulnerabilidad a enfermar, es decir, la percepción de riesgo, la percepción subjetiva sobre el riesgo de caer enfermo, que va desde negar cualquier posibilidad de enfermar, admitir una posibilidad “estadística” de que ocurra un problema de salud

hasta el convencimiento de estar en peligro cierto de contraer una enfermedad.

2. Severidad percibida, esta se refiere a las creencias sobre la gravedad de contraer una enfermedad o no atenderla ya que se padece, esta percepción considera la gravedad que tienen las consecuencias de la enfermedad en las diferentes esferas de la persona, las consecuencias de la pérdida de la salud pueden ser médico-clínicas (dolor, incapacidad, muerte) y sociales (relaciones sociales, efectos sobre la actividad laboral).

3. Beneficios percibidos, implica la creencia de que una acción reducirá o eliminará la amenaza de la enfermedad, es decir, son creencias del sujeto respecto a la efectividad relativa que ciertas conductas puedan tener para enfrentarse con la enfermedad.

4. Barreras percibidas, la persona debe considerar que los inconvenientes (físicos, psicológicos o sociales) asociados a la acción preventiva pueden ser superados, esto es, la percepción que el sujeto tiene con que determinadas barreras se opongan a la ejecución de acciones o conductas que favorezcan su estado de salud.

De acuerdo con este modelo, la disposición para adoptar una conducta saludable está en función de la percepción de susceptibilidad personal a la enfermedad y la severidad percibida de las consecuencias de la enfermedad. Mientras que la decisión de si se inicia una acción o se modifica una conducta dependerá de la evaluación que la persona haga de las conductas de salud potenciales, es decir del costo/beneficio que tiene y las barreras que se presentan. Desde luego con factores adicionales que tienen que ver con variables sociodemográficas y psicosociales. En general, los estudios realizados bajo este modelo, refieren que las conductas de salud se relacionan con la vulnerabilidad percibida, así como con los beneficios percibidos cuando se lleva a cabo una acción (Amigo-Vázquez, 2017).

De tal modo que, de acuerdo con este modelo, la aceptación de la susceptibilidad individual hacia una enfermedad combinado con la percepción de

gravedad en las consecuencias médico-clínicas y sociales desencadenaría conductas de salud; sin embargo, la persona seguirá las recomendaciones médicas o adoptará estilos de vida saludables solamente si las percibe como eficaces para enfrentar dicha enfermedad, y además si considera que es realmente efectivo para hacer frente a la enfermedad y no lo visualiza como costoso, desagradable o doloroso (San Pedro & Roales-Nieto, 2003).

### ***Percepción de Riesgo***

El riesgo ha sido definido por la Real Academia Española (RAE, 2019) como contingencia o proximidad de un daño; mientras que la percepción se conceptualiza como la sensación interior que resulta de una impresión material hecha en nuestros sentidos.

Riesgo, es un concepto con una amplia aplicación en el área de la salud pública, ya que tiene implicaciones que aportan conocimiento en torno a la comprensión de factores, características o condiciones que propician el desencadenamiento de procesos mórbidos. El análisis de riesgo implica un cálculo matemático que toma en cuenta múltiples características contextuales, entre las que destacan físicas, químicas, biológicas, psicosociales y financieras. Y tiene aplicaciones fundamentales en la comunicación de riesgos en la educación y promoción de la salud para la prevención de enfermedades, así como del incremento del desarrollo social y de la calidad de vida de la población (Echemendia, 2011).

Por su parte, la percepción es un proceso psicológico que en el que una persona al estar en contacto con un estímulo, intervienen una serie de operaciones mentales que capturan las características de cada estímulo para con ello decretar una respuesta particular; es decir, implica la subjetividad del individuo ante una situación, un conocimiento y su relación con el mismo y/o con su entorno (Piña, 2009).

Desde el punto de vista de la psicología se han manifestado la implicación

que tienen sobre la salud prácticas conductuales específicas denominadas conductas de riesgo, la identificación de las mismas, han permitido el estudio y la implementación de intervenciones conductuales en el campo de la salud; así mismo las conductas de protección que se refieren a aquellos patrones conductuales que se contraponen al desarrollo de alguna enfermedad o acontecimiento que pone en peligro la integridad física o la vida misma del individuo. En esta línea un factor determinante para que la persona realice conductas preventivas o que implique la motivación de realizarlas tiene que ver con la ausencia de riesgo percibido que tienen los individuos de su entorno (Sánchez-Vallejo *et al.*, 1998).

En este contexto la percepción de riesgo implica una asociación entre eventos de estímulo y de respuesta, con esto también se implica la evaluación de la oportunidad o pertinencia relacionadas a las consecuencias de la respuesta; lo que quiere decir que tiene una implicación más allá del conocimiento del riesgo ante un patrón conductual o de exposición, y además interviene en la toma de decisiones en la prevención de la enfermedad (Piña, 2009).

Algunos de los factores que intervienen en la configuración de la percepción de riesgo son, creencias y actitudes, cantidad y calidad en la información recibida, experiencias personales, estereotipos, motivación, el género, la visión del mundo, la ideología, los lazos afectivos y la confianza (García, 2012).

### ***Autocuidado***

Cuidar, cuidarse y ser cuidado es una de las funciones básicas e inherentes en la vida de las personas y sociedades; el autocuidado tiene como objetivo mantener, continuar y desarrollar la vida, por lo que a lo largo de la historia se ha construido socialmente las formas de cuidado; todo esto, relacionado con sus creencias, la percepción de salud y el desarrollo cultural y social, por lo que se han identificado tres premisas importantes relacionadas al papel que desempeña la cultura en el comportamiento y con ello el proceso de adoptar el autocuidado: 1) los comportamientos están arraigados en creencias y tradiciones culturales, 2) la existencia de las paradojas comportamentales, 3) la socialización estereotipada del

cuidado de acuerdo con el sexo. Partiendo de este modelo es que surge el enfoque de promoción del autocuidado (Uribe, 1999).

El cuidado de la salud abarca un conjunto de conductas que forman parte de la vida cotidiana que permiten conservar el estado de bienestar; las intervenciones relacionadas con la educación en salud involucran el desarrollo de necesidades, motivaciones y actitudes consientes para la promoción, prevención, conservación y restablecimiento de la salud; actualmente las acciones planteadas en el contexto escolar promueven el desarrollo de conocimientos, habilidades y destrezas para el autocuidado de la salud, así como la prevención de conductas de riesgo; desde la perspectiva educativa con un enfoque en salud (Rodríguez *et al.*, 2017).

Las conductas de autocuidado son acciones dirigidas a sí mismas o hacia características ambientales para cubrir los requisitos identificados para el control de factores que promuevan o afecten adversamente la regulación continua de su propio funcionamiento o desarrollo que les conlleve a obtener salud y bienestar personal (Marriner & Raile, 2007 citado en López *et al.*, 2014).

En este sentido, el autocuidado involucra líneas de crecimiento que promueven un desarrollo integral, por lo que la promoción de autocuidado es una estrategia necesaria para la preservación del bienestar integral en la vida cotidiana y obtener el desarrollo humano (Uribe, 1999).

En la prevención de enfermedades el cuidado de la salud es esencial, y cada individuo es responsable de ello, por lo que la tarea de la salud pública es potenciar el autocuidado, promover y facilitar la modificación de actitudes y conductas que propicien el bienestar y el mantenimiento de la salud. Existen diversas técnicas y estrategias que tienen este cometido, que pueden ser la educación, la capacitación, consejería, psicoterapia, orientación; cada una de estas, por supuesto con un alcance determinado; así como existen acciones específicas de acuerdo al tipo de prevención y enfermedad que se quiere prevenir, por lo que las intervenciones de autocuidado se centran en estas estrategias, técnicas y acciones específicas de acuerdo al objetivo planteado (Rodríguez & Echemendía, 2011).

De acuerdo con lo anterior y alineado con el propósito de este trabajo de investigación, la autoexploración mamaria, técnica de detección del cáncer de mama basada en la observación y palpación que hace la mujer de sus propias mamas (Brandan & Villaseñor, 2006), es una conducta de autocuidado por excelencia.

### ***Estudios previos de Percepción de Riesgo y Autocuidado en Cáncer de Mama***

Una investigación que tenía como objetivo evaluar el conocimiento y la frecuencia de los factores relacionados al cáncer de mama en estudiantes de la Facultad de Salud de la Universidad de Santander (en Buramanga, Colombia) fue llevada a cabo por Páez-Esteban y colaboradores (2010), identificaron que el conocimiento sobre los factores de riesgo como tabaquismo y alcoholismo fue de más del 65% de su población, sin embargo, en los relacionados a aspectos hormonales fue de menos del 25% y los antecedentes personales de cáncer el 57.3%. Por otro lado, dentro de la presencia de factores protectores, sólo el 30% se practicaba el autoexamen de mama mensualmente, el 34% consume frutas y verduras mínimo una vez al día y 21% hace ejercicio.

En Buenos Aires Argentina, Ponce (2012) llevó a cabo una investigación entre los años 2004 y 2005, en el que participaron 30 mujeres de 50 a 64 años de edad, realizando entrevistas a profundidad con el objetivo de identificar las opiniones sobre el cáncer de cuello uterino y cáncer de mama, sus técnicas de detección, los factores que inciden en la percepción de riesgo y las prácticas preventivas. Los hallazgos que obtuvo se relacionan con el miedo a saberse enferma, el desconocimiento de los beneficios que tiene la realización de acciones preventivas como son el Papanicolau y la mastografía, la presencia de tabúes sociales relacionados a la sexualidad y al papel que juegan las mujeres en el cuidado familiar y de las prácticas preventivas.

Saldivar-Garduño y Correa-Romero (2013) realizaron una investigación en la Ciudad de México y municipios conurbados para identificar la relación entre la autorregulación de la conducta, la percepción de riesgo y la autoexploración

mamaria como una forma de conocer factores que determinan conductas de autocuidado de la salud, como una estrategia que permite detectar el cáncer de mama en fases tempranas y con ello incrementar la probabilidad de su atención oportuna y la esperanza de vida de las mujeres, encontrando que la autorregulación está conformada por dos factores: aspectos cognoscitivos de motivación y alcance de metas, los cuales incrementan sus valores cuando las mujeres perciben un mayor riesgo de padecer cáncer y cuando se han realizado previamente exploraciones de seno.

Otra investigación fue llevada a cabo por Magallán (2016) en la Universidad Autónoma de Nuevo León (UANL) en donde se evaluó a 1,200 jóvenes de nivel licenciatura de las diferentes facultades, divididas en dos grupos: el primero, área de la salud (n=600) y el segundo, otras áreas del conocimiento (n=600) con el objetivo de analizar la percepción de riesgo para CaMa y la intención de uso de la mastografía en el futuro de las jóvenes universitarias, encontrando que la percepción de riesgo de cáncer de mama de las jóvenes universitarias fue alta, sin diferencia significativa entre los dos grupos y la intención de realizarse una mastografía en el futuro fue alta, con diferencias significativa entre las dos áreas. La percepción de riesgo alta se asoció a una alta intención de realizarse la mastografía en el futuro. Con respecto a los índices de las dimensiones del modelo de creencias en salud y su relación con la intención de uso de mastografía, en los dos grupos se percibieron con un nivel alto y porcentajes similares, no hubo diferencias en lo referente a autoeficacia y beneficios percibidos, pero en lo concerniente a severidad y barreras percibidas se establecieron diferencias significativas entre ambas áreas.

Muñoz y Zúñiga (2016) hicieron un estudio en el Instituto de Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo en estudiantes de las licenciaturas de psicología, nutrición y enfermería con el objetivo de conocer la percepción de riesgo, la calidad de vida y la detección oportuna del cáncer de mama en universitarias, y obtuvieron resultados en los cuales se identificó que los niveles de percepción de riesgo, de prácticas de autocuidado y de la técnica de autoexploración se encontraron por debajo de la media teórica, además

identificaron diferencias estadísticamente significativas entre los programas educativos.

## MÉTODO

### Planteamiento del Problema

Epidemiológicamente el cáncer de mama se considera un problema de salud pública por su alta magnitud en incidencia, morbilidad y mortalidad (OMS, 2018); en la región de las Américas el cáncer de mama es el tumor más frecuente y la causa de muerte más común en mujeres que fallecen por neoplasia maligna (OPS, 2014).

Es una enfermedad no transmisible que puede afectar el bienestar de las personas que la padecen, así como de quienes la rodean (familia), debido a esto es importante considerar el impacto que tienen en todos los núcleos de la persona, es decir, a nivel físico, psicológico, social e incluso espiritual y generar evaluaciones e intervenciones profesional con el objetivo de favorecer su calidad de vida (Arrivillaga *et al.*, 2007).

En México, el cáncer de mama ha presentado un incremento tanto en las tasas de incidencia como en la mortalidad; esta última secundaria al diagnóstico tardío debido a que el diagnóstico de cáncer de mama es en etapas avanzadas (III, IV), por lo que el pronóstico no es favorable muchos de los casos, hay más riesgo de muerte y menor supervivencia. En este aspecto se involucran diversos factores, identificando la demanda de atención como un factor importante en ello (Cárdenas *et al.*, 2017). De acuerdo con esto y tomando en consideración que si se lleva a cabo un diagnóstico precoz y un tratamiento oportuno la probabilidad de supervivencia incrementa, aunado a esto, diferentes factores intervienen para que la persona acuda de forma oportuna a recibir atención médica y con ello poder detectar la enfermedad por lo que surge la pregunta de investigación.

## **Justificación**

El cáncer es un problema de salud pública, causante de pérdidas de vidas humanas y de recursos económicos. Por lo que es de suma importancia tomar medidas preventivas (promoción de la salud, a través de la protección específica y de la educación), de diagnóstico temprano y tratamiento adecuado y oportuno (OMS, 2019).

Las enfermedades no transmisibles (ENT), como lo es el cáncer, consumen cada vez mayores cantidades de los presupuestos destinados a la atención de la salud pública en América Latina y el Caribe y figuran entre las principales causas de mala salud, discapacidad y muerte prevenible y prematura, así mismo, las ENT ponen en riesgo el crecimiento económico de muchos países, en particular aquellos de ingresos bajos y medianos que tienen un rápido crecimiento de su población (OPS, 2017).

Por lo que la OMS (2019) promueve la lucha contra el cáncer, la cual abarca acciones de prevención, detección precoz, diagnóstico y tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos, incluyendo dentro de sus objetivos principales, además de curar la enfermedad o prolongar la vida hasta donde sea posible, el mejorar la calidad de vida de la persona que la padece. Sin embargo, la detección precoz y el tratamiento adecuado siguen siendo los pilares para el control de cáncer de mama, que implica la reducción de gasto en salud, así como la supervivencia de quien lo padece.

Como parte fundamental de la prevención (en todos los niveles) la percepción de riesgo tiene una implicación relevante, ya que, de acuerdo con la valoración subjetiva que la persona haga de la presencia de factores que desarrollen procesos mórbidos, dicha valoración tiene que ver con procesos mentales hechos a partir del conocimiento, experiencias previas, y creencias; y en una forma más amplia, la toma de decisiones de incorporar patrones conductuales que intervengan en dicho proceso (Piña, 2009); y el autocuidado desempeña un papel importante, ya que el cuidado de la salud, la modificación de comportamientos y la adquisición de

conductas de prevención son responsabilidad del individuo; con esto se entiende que la prevención requiere cambios a nivel psicológico individual y a nivel social (Rodríguez & Echemendía, 2011).

### **Pregunta de Investigación**

¿Cuál es la relación que existe entre las variables sociodemográficas (edad, escolaridad, estado civil, religión, número de hijos, actividad principal realizada, ingreso económico, tipo de servicios de salud al que acude principalmente y antecedentes familiares) y los niveles de percepción de riesgo y práctica de conductas de autocuidado asociadas a la prevención del cáncer de mama?

### **Objetivo General**

Determinar la relación entre las variables sociodemográficas (edad, escolaridad, estado civil, religión, número de hijos, actividad principal realizada, ingreso económico, tipo de servicios de salud al que acude principalmente y antecedentes familiares) y los niveles de percepción de riesgo y práctica de conductas de autocuidado asociadas a la prevención del cáncer de mama en mujeres de 18 a 50 años de edad que radican en el estado de Hidalgo durante el periodo junio 2019- junio 2020.

### **Objetivos Específicos**

1. Identificar las variables sociodemográficas: edad, escolaridad, estado civil, religión, número de hijos, actividad principal realizada, ingreso económico, tipo de servicios de salud al que acude principalmente y antecedentes familiares (de primera línea) con cáncer en mujeres de 18 a 50 años de edad que radican en el estado de Hidalgo.
2. Determinar el nivel de percepción de riesgo y el nivel de práctica de conductas de autocuidado relacionadas a la detección precoz del cáncer de mama en

mujeres de 18 a 50 años de edad que radican en el estado de Hidalgo.

3. Analizar la relación que existe entre las variables sociodemográficas y el nivel de percepción de riesgo y el nivel de práctica de conductas de autocuidado asociadas a la prevención del cáncer de mama en mujeres de 18 a 50 años de edad que radican en el estado de Hidalgo.

### **Hipótesis**

Hi: Existe correlación estadísticamente significativa entre las variables sociodemográficas y el nivel de percepción de riesgo y el nivel de práctica de conductas de autocuidado relacionadas a la prevención del cáncer de mama.

Ho: No existe correlación estadísticamente significativa entre las variables sociodemográficas y el nivel de percepción de riesgo y el nivel de práctica de conductas de autocuidado relacionadas a la prevención del cáncer de mama.

### **Tipo de estudio y diseño**

Es un estudio no experimental, correlacional transversal.

### **Variables**

En esta investigación se analizaron variables sociodemográficas y variables psicológicas relacionadas con la prevención del cáncer de mama, en la Tabla 3 se describen conceptualmente cada una de ellas, de igual forma se describe cómo fueron empleadas para obtener los datos en esta investigación.

**Tabla 3**

*Operalización de las variables sociodemográficas y psicológicas*

Variable	Definición conceptual	Definición operacional
Edad	Tiempo que ha transcurrido desde día de nacimiento de la persona hasta la actualidad (RAE, 2019).	Número de años de vida de la persona registrado en la encuesta sociodemográfica.
Escolaridad	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente (RAE, 2019).	Nivel de grado escolar actual registrado en la encuesta sociodemográfica
Estado civil	Es la posición que ocupa un individuo dentro de la sociedad, en relación a sus relaciones de familia y que le otorga ciertos derechos, deberes y obligaciones civiles (de los Santos, 2012).	Situación sentimental o de relación de pareja registrado en la encuesta sociodemográfica
Religión	Conjunto de creencias o dogmas acerca de la divinidad, de sentimientos de veneración y temor hacia ella, de normas morales para la conducta individual y social y de prácticas rituales, principalmente la oración y el sacrificio para darle culto (RAE, 2019).	Sistema de creencias religioso registrado en la encuesta sociodemográfica
Número de hijos	Total de hijas o hijos nacidos vivos que han tenido las mujeres, independientemente de que estén vivos o muertos (INEGI, 2020).	Cantidad de hijos que tienen las mujeres registrado en la encuesta sociodemográfica
Ocupación	Actividad con sentido en la que la persona participa cotidianamente y que puede ser nombrada por la cultura (Álvarez, et al., 2006).	Actividades principales que llevan a cabo registrado en la encuesta sociodemográfica
Ingreso económico	Ganancias que se suman al conjunto total del presupuesto de una entidad individual o grupal. Los ingresos son elementos monetarios como no monetarios que se acumulan y generan como consecuencia un círculo de consumo-ganancia (Gil, 2015).	Cantidad de ingreso promedio mensual que tienen registrado en la encuesta sociodemográfica
Tipo de Servicio de salud	Respuesta social organizada para los problemas de salud de una población determinada, identificada de acuerdo a la provisión-financiación de servicios (Tobar, 2017).	Servicio de salud al que acuden de acuerdo a su prestación pública o privada registrado en la encuesta sociodemográfica
Antecedentes familiares	Registro de las relaciones entre los miembros de una familia junto con sus antecedentes médicos, puede mostrar las características de ciertas enfermedades en una familia de acuerdo a la consanguinidad (National Institute Health [NIH], 2020).	Algún familiar que haya tenido o tenga cáncer, algún familiar que haya muerto por cáncer registrado en la encuesta sociodemográfica
Conductas de autocuidado	Acciones dirigidas a sí mismas o hacia características ambientales para cubrir los requisitos identificados para el control de factores que promuevan o afecten adversamente la regulación continua de su propio funcionamiento o desarrollo que les conlleve a obtener salud y bienestar personal (Marriner & Raile, 2007 en López, et al., 2014).	Nivel en el que se presentan las posibles acciones de autocuidado valorado en el Cuestionario de Percepción de Riesgo y Conductas de Autocuidado para la Prevención del Cáncer Mamario (PR-CONA-CM) (Muñoz, Zúñiga y Valencia, 2016).
Percepción de riesgo	Percepción de riesgo implica una asociación entre eventos de estímulo y de respuesta, con esto también se implica la evaluación de la oportunidad o pertinencia relacionadas a las consecuencias de la respuesta; lo que quiere decir que tiene una implicación más allá del conocimiento del riesgo ante un patrón conductual o de exposición (Piña, 2009).	Nivel de acuerdo a pensamientos asociados al riesgo de tener cáncer de mama valorado en el Cuestionario de Percepción de Riesgo y Conductas de Autocuidado para la Prevención del Cáncer Mamario (PR-CONA-CM) (Muñoz y Zúñiga, 2016).
Autoexploración mamaria	Técnica basada en la revisión de las mamas por la misma mujer, el objetivo de ésta es aumentar la posibilidad de detectar a tiempo algún signo de enfermedad en los senos, debe realizarse una vez al mes, a partir de los 20 años de edad, centrándose en el conocimiento de la consistencia, la forma y la textura propia de la mama, incrementando la sensibilidad en sus manos, que permitirá identificar cualquier cambio, y en caso de anomalía deberá acudir con inmediatez a su unidad de salud (Secretaría de Salud, 2015).	Forma en la que se realiza la autoexploración, cada una de ellas acompañada de una imagen la cual permite a la mujer identificar la frecuencia de uso de la técnica descrita valorado en el Cuestionario de Percepción de Riesgo y Conductas de Autocuidado para la Prevención del Cáncer Mamario (PR-CONA-CM) (Muñoz y Zúñiga, 2016).

## **Población**

Mujeres mexicanas de 18 a 50 años de edad que radican en el Estado de Hidalgo.

## **Muestra**

Se realizó un muestreo probabilístico tomando como población total 782,233 (mujeres hidalguenses de 15 a 49 años) (INEGI,2015), obteniendo una muestra representativa de 411 con un nivel de confianza de 95% y límites de error del 5%. El muestreo fue llevado a cabo mediante la técnica bola de nieve.

## ***Criterios de inclusión***

- Ser mujer
- Tener de 18 a 50 años de edad
- Residir en el estado de Hidalgo
- Tener acceso a un dispositivo con internet

## ***Criterios de exclusión***

- No consentir la participación en el estudio

## ***Criterios de eliminación***

- Que no conteste el cuestionario completo o adecuadamente.

## **Instrumentos**

Se utilizó un cuestionario digital, a través de la herramienta Google Forms, el cual se compone de tres secciones (Anexo 1): 1) el consentimiento informado, el cual declara la participación voluntaria; 2) para la caracterización de la población se

realizó una encuesta sociodemográfica (ad hoc) y 3) se utilizó el Cuestionario de Percepción de Riesgo y Conductas de Autocuidado para la Prevención del Cáncer Mamario (PR-CONA-CM) (Muñoz, Zúñiga & Valencia, 2016) el cual se compone de 39 reactivos divididos en tres secciones, con una escala de respuesta tipo Likert y con un Alfa de Cronbach adecuado en cada sección y un total  $\alpha=0.85$  (Tabla 4).

**Tabla 4**

*Secciones del Cuestionario de Percepción de Riesgo y Conductas de Autocuidado para la Prevención del Cáncer Mamario (PR-CONA-CM)*

No. de reactivos	Sección	Alfa de Cronbach
12	Conductas de autocuidado: Frecuencia en la que se presentan las posibles acciones de autocuidado que realizan, evaluando el tiempo de exploración y las formas de observación	$\alpha=0.74$
19	Percepción de riesgo: Grado de acuerdo en relación a pensamientos asociados a la autoexploración y la percepción de riesgo que identifican las mujeres, con una escala de cinco respuestas tipo Likert que van desde totalmente en desacuerdo hasta totalmente de acuerdo	$\alpha=0.64$
8	Técnica de autoexploración: Forma en la que se realiza la autoexploración, cada una de ellas acompañada de una imagen la cual permite a la mujer identificar la frecuencia de uso de la técnica descrita	$\alpha=0.90$

### **Análisis estadísticos**

Se realizó un análisis descriptivo de las variables de percepción de riesgo, conductas de autocuidado y realización adecuada de la técnica de autoexploración, así como de las variables sociodemográficas; y un análisis bivariado bilateral utilizando el Coeficiente de Pearson, la Prueba estadística de Spearman, la prueba estadística Chi Cuadrada y la Prueba Exacta de Fisher (respectivamente) para determinar la relación entre dichas variables, utilizando el Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales SPSS versión 25.

### **Consideraciones éticas**

Esta investigación está diseñada de acuerdo a los lineamientos del

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (Secretaría de Gobernación, 2014), conforme al lineamiento básico de proteger la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándose sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice; es una investigación con riesgo mínimo debido a que se utilizarán pruebas psicológicas para la obtención de información.

Y conforme a los lineamientos del Código Ético del Psicólogo (Sociedad Mexicana de Psicología, 2010), basada en los principios básicos que rigen el comportamiento del psicólogo los cuales son: respeto a los derechos y a la dignidad de las personas, cuidado responsable, integridad en las relaciones, y responsabilidad hacia la sociedad y la humanidad.

## RESULTADOS

Con el objetivo de identificar las características sociodemográficas de las participantes se utilizó un cuestionario (ad hoc) en el cual se obtuvo información general sobre la edad, el estado civil, grado escolar, actividad principal que realizan, promedio mensual de ingresos económicos, número de hijos, tipo de servicio de salud al que acuden generalmente, facilidad con la que pueden acudir a una consulta de prevención de acuerdo a la distancia y al costo, así mismo para conocer antecedentes familiares de primera línea de cáncer; para identificar los datos obtenidos se llevó a cabo un análisis descriptivo, a continuación se describen los resultados.

Como primer dato, participaron un total de 411 mujeres con un rango de edad de 18 a 50 años, con una media de 29.1 y una desviación estándar de 9.4.

Con respecto al estado civil o la situación sentimental que tienen las participantes el 32.1% son solteras mientras que el 29.2% son casadas y el 25.8% se encuentran en una relación de noviazgo (Tabla 5).

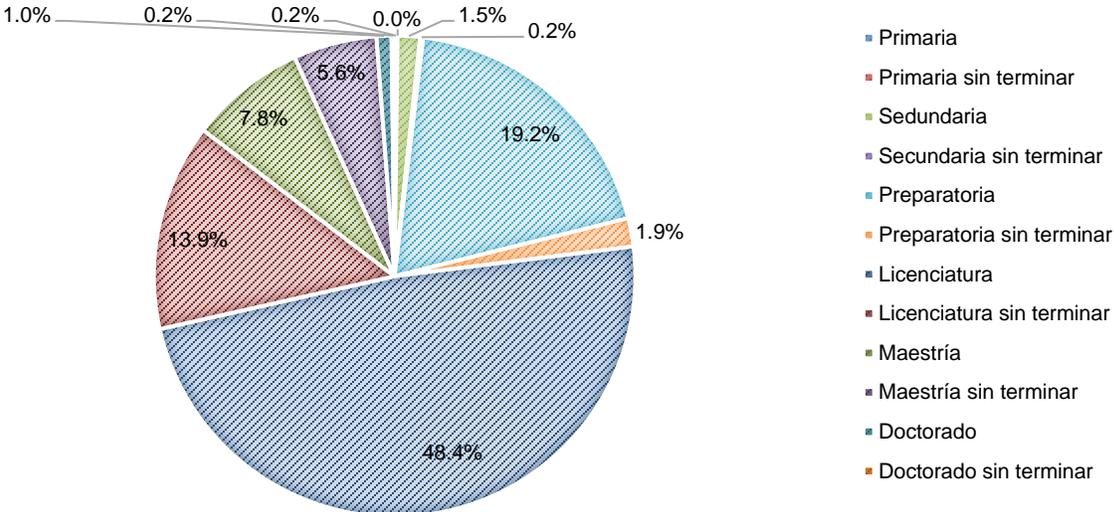
**Tabla 5**

*Distribución porcentual del estado civil o situación sentimental de las participantes.*

Estado civil o situación sentimental	Porcentaje
Casada	29.2%
Soltera	32.1%
En una relación informal	7.5%
En una relación formal (noviazgo)	25.8%
Viuda	1.0%
En proceso de divorcio	1.5%
Divorciada	1.9%

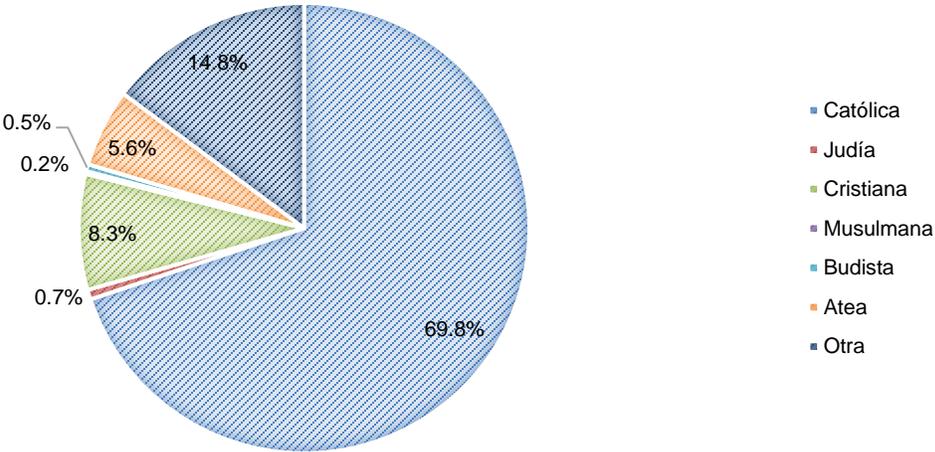
De acuerdo con la escolaridad se destaca que el 48.4% tienen un grado escolar de licenciatura, seguido por preparatoria con el 19.2% y licenciatura sin terminar el 13.9% (Figura 1).

**Figura 1**  
*Porcentaje de las participantes de acuerdo a su escolaridad*



Otro dato del área social que se evaluó fue la religión, destacando que la religión católica es practicada por el 69.8% de las participantes (Figura 2).

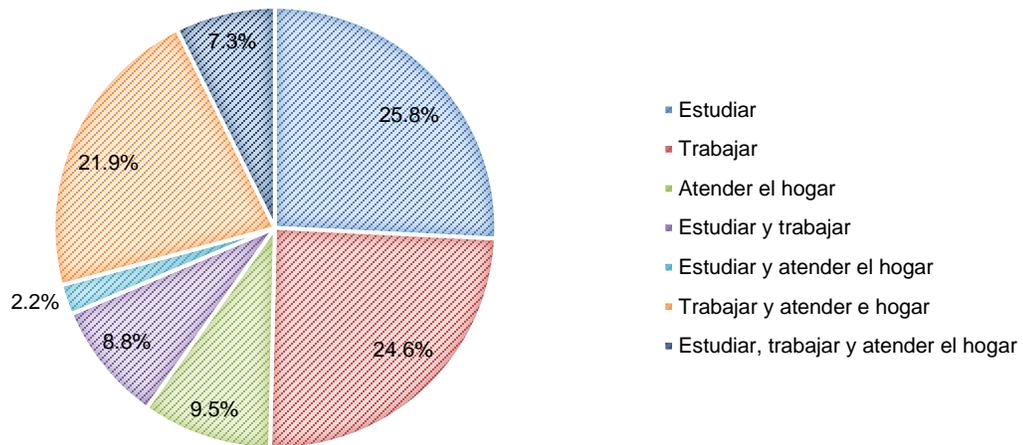
**Figura 2**  
*Porcentaje del tipo de religión de las participantes*



Relacionado con la actividad laboral, se preguntó cuáles eran sus actividades principales, de manera general, si estudia, tiene un trabajo, y/o se dedica a las labores del hogar, obteniendo los siguientes porcentajes de acuerdo a cada una de las actividades o a la combinación de las mismas (Figura 3), destacando que el mayor porcentaje lo tiene estudiar con el 25.8% y le sigue trabajar con el 24.6%.

**Figura 3**

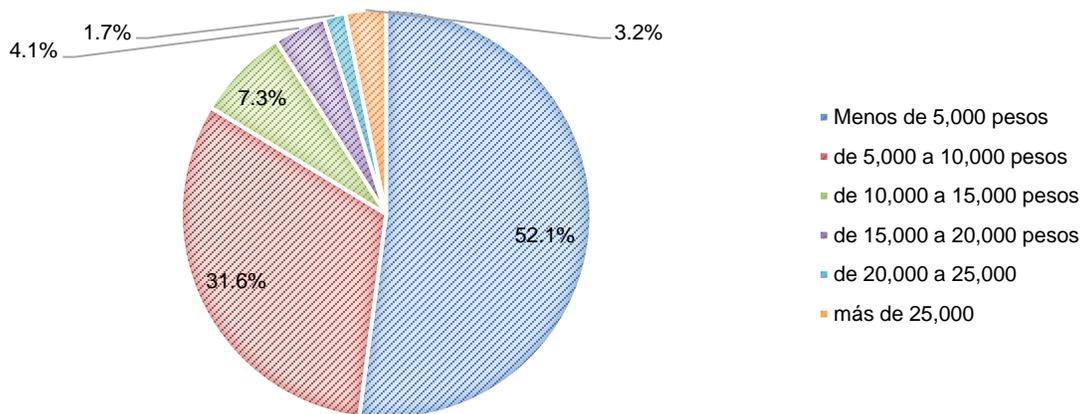
*Porcentaje de acuerdo a la actividad principal que tienen las participantes*



Siguiendo esta línea, de acuerdo con el ingreso económico mensual promedio y de acuerdo con los rangos establecidos para definir este aspecto, el 52.1% de las participantes perciben un ingreso menor a 5,000 pesos, y solo el 3.2% tiene un ingreso superior a 25,000 pesos (Figura 4).

**Figura 4**

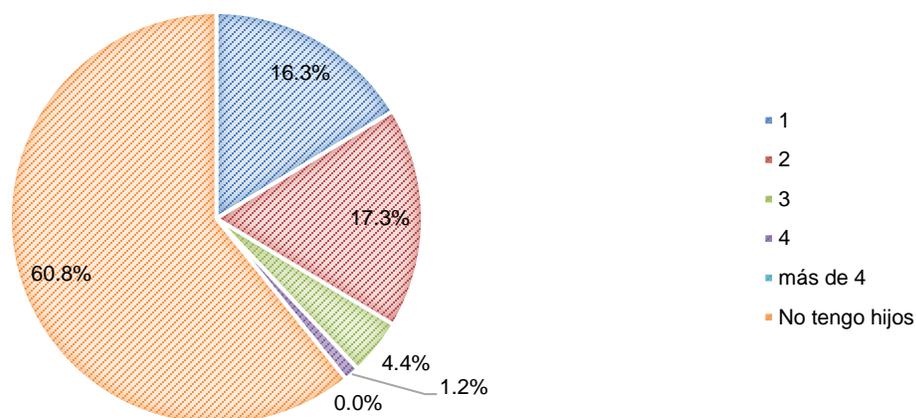
*Distribución porcentual de las participantes de acuerdo al ingreso mensual promedio*



Relacionado con la maternidad, el 60.8% refirió no tener hijos, mientras que el 39.2% si tiene hijos, y de acuerdo con el número de hijos, el mayor porcentaje es de un hijo con el 16.3% (Figura 5).

**Figura 5**

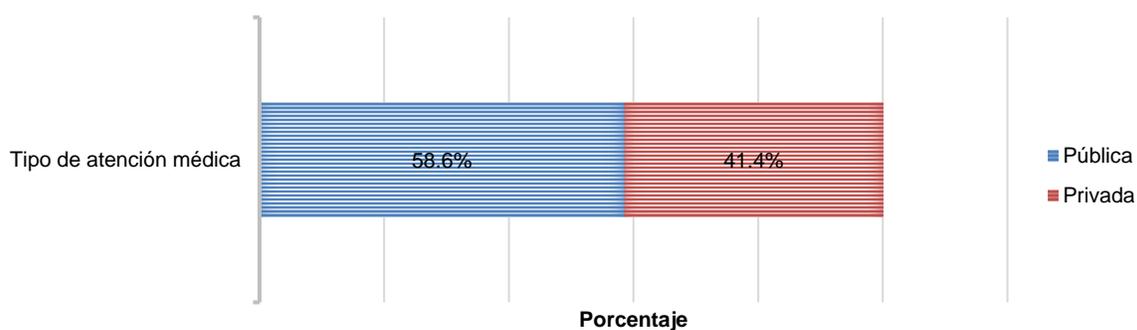
*Porcentaje de acuerdo al número de hijos que tienen las participantes*



Por otro lado, relacionado con el tipo de atención médica que reciben usualmente, el 59% reporta acudir a instituciones públicas de salud, mientras que el 41% recibe atención médica de forma privada (Figura 6).

**Figura 6**

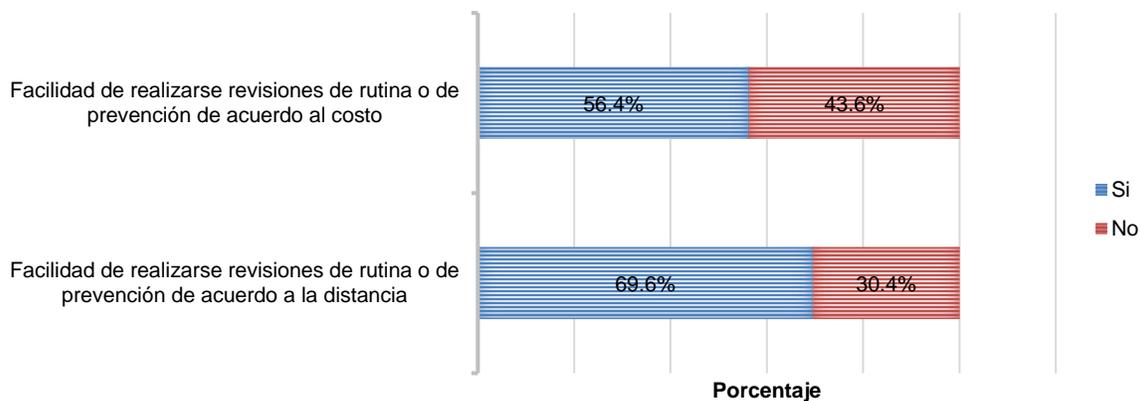
*Porcentaje del tipo de atención médica que reciben las participantes*



De igual forma se preguntó con qué facilidad puede acudir a una consulta de rutina o de prevención de acuerdo con la distancia de la unidad de salud y de acuerdo con el costo que tiene dicho procedimiento (Figura 7).

**Figura 7**

Porcentaje de participantes de acuerdo a si tienen o no facilidad que tiene de realizarse una rutina de prevención de acuerdo a la distancia y al costo



**Tabla 6**

Antecedentes familiares de primera línea (padres, hermanos, hijos) de cáncer.

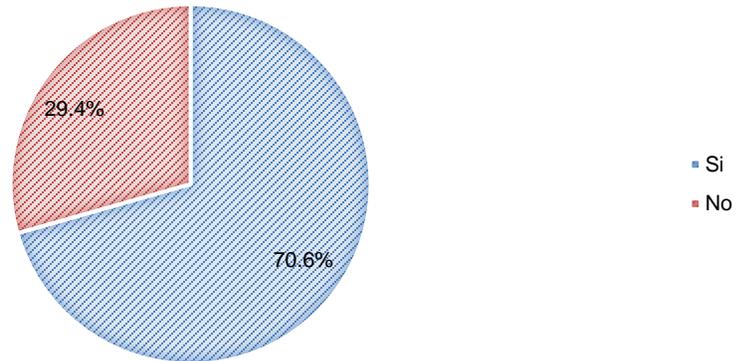
Respuesta	Porcentaje			
	Algún familiar ha tenido o tiene cáncer	Algún familiar ha tenido o tiene cáncer de mama	Algún familiar ha muerto por cáncer	Algún familiar ha muerto por cáncer de mama
Si	26.28%	8.76%	18.49%	8.54%
No	67.15%	84.43%	74.94%	84.88%
No lo sé	6.57%	6.81%	6.57%	6.59%

Se recabaron datos de antecedentes familiares de primera línea (padres, hermanos, hijos) de cáncer, y en particular de cáncer de mama, así como de muerte por estas causas, destacando que el 26.2% ha tenido familiares con cáncer y 8.7% específicamente cáncer de mama; el 18.4% reportó haber tenido fallecimientos de familiares a causa del cáncer y el 8.5% en particular por cáncer de mama (Tabla 6).

En la pregunta ¿conoce los síntomas de cáncer de mama?, el 70.6% tuvo una respuesta afirmativa, sin embargo, el 29.4% reportó desconocerlos (Figura 8).

**Figura 8**

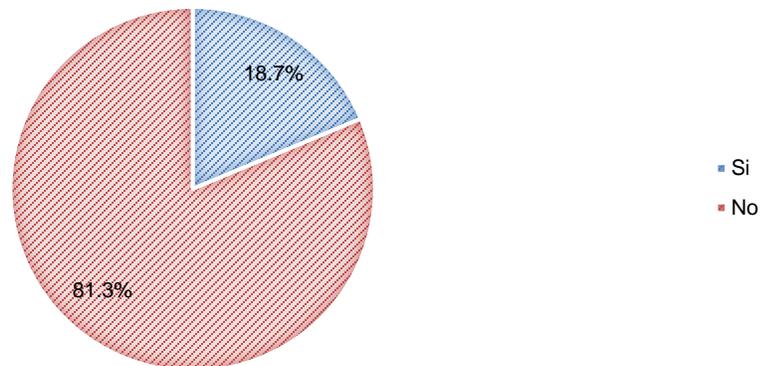
*Porcentaje de participantes que conocen los síntomas de cáncer de mama*



Por otro lado, el 18.7% de las participantes reportó haberse realizado por lo menos una mastografía, tomando en cuenta que en México de acuerdo con la NOM-041-SSA2-2011, Para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama (SSA, 2011). Se debe llevar a cabo a partir de los 40 años de edad, de acuerdo con esto, el 20% de las mujeres encuestadas son mayores esta edad, lo cual no es coincidente con los resultados encontrados (Figura 9).

**Figura 9**

*Porcentaje de participantes que se han realizado una mastografía*

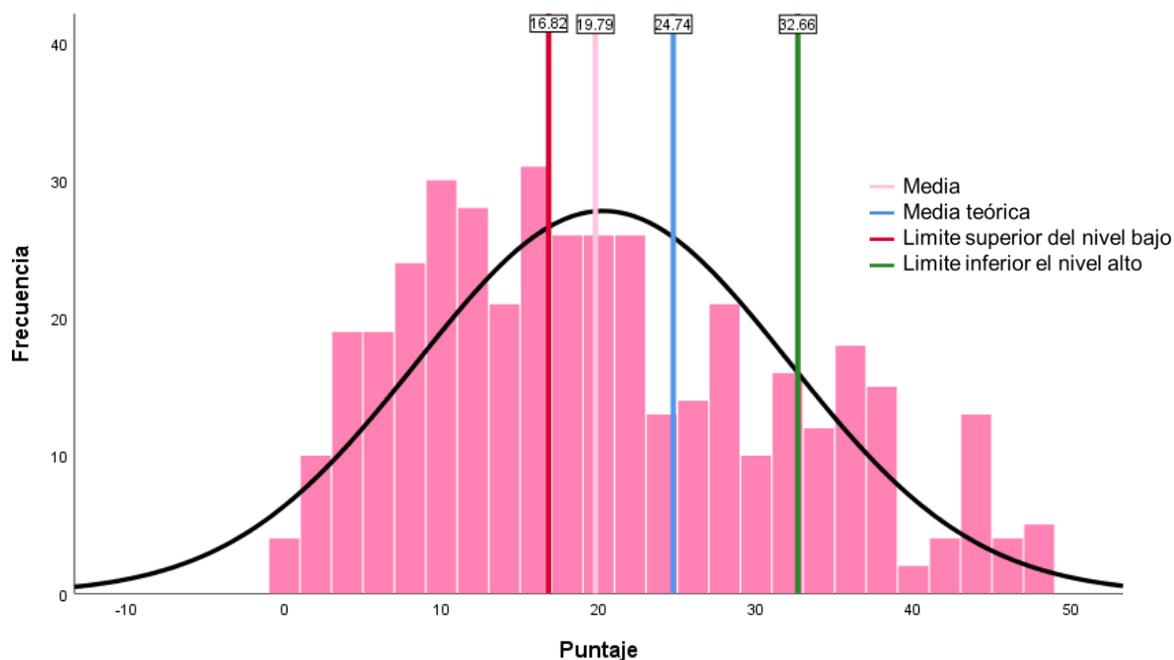


Para determinar el nivel de percepción de riesgo, conductas de autocuidado y aplicación de la técnica de autoexploración mamaria de las participantes se llevó a cabo un análisis descriptivo de frecuencias; los resultados obtenidos se describen a continuación:

La sección de Conductas de Autocuidado se compone de 12 preguntas y tiene un rango de 0 a 48 puntos, se obtuvo una  $\bar{x}=19.74$  y una  $DE= 11.80$ . Datos que se encuentran por debajo de la media teórica que es de  $\bar{x}=24.74$ . Identificando que el 47.7% se encuentran en un nivel bajo, el 35.5% en un nivel medio y el 16.8% en un nivel alto, que significa la realización de conductas de autocuidado relacionadas con la prevención del cáncer de mama (Figura 10).

**Figura 10**

*Puntuaciones obtenidas de conductas de autocuidado*

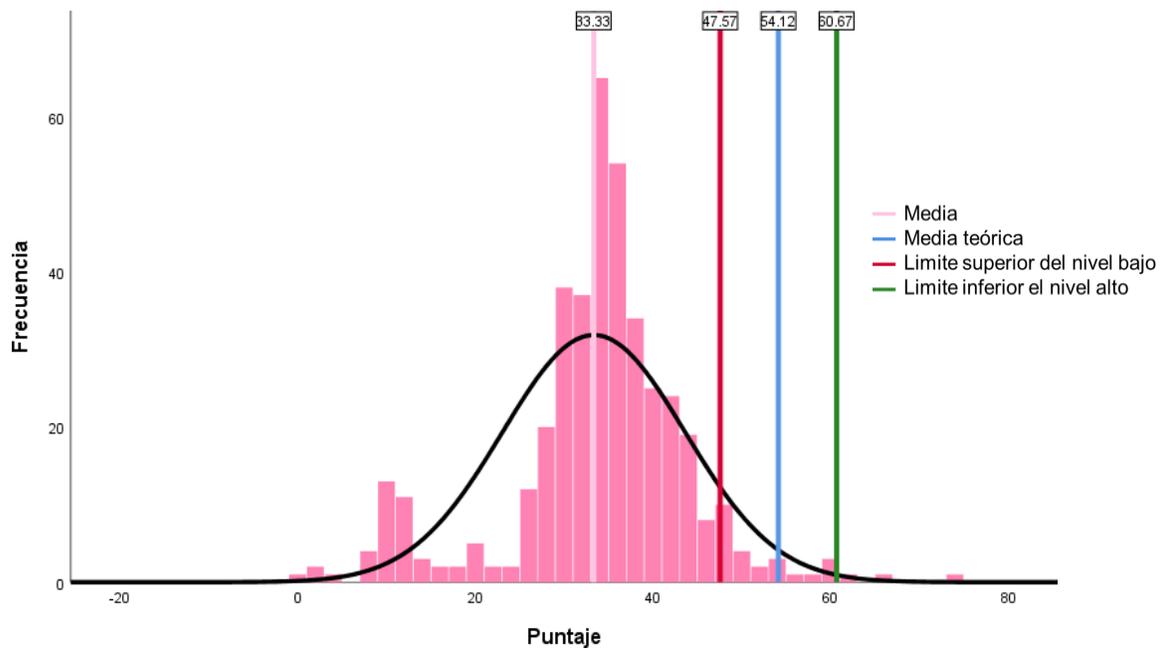


La sección de Percepción de Riesgo consta de 19 preguntas y tiene un rango de 0 a 76 puntos, se obtuvo una  $\bar{x}=33.33$  y una  $DE= 6.55$ . Datos que se encuentran por debajo de la media teórica que es de  $\bar{x}=54.12$ . Revelando que el 95.9% se encuentran en un nivel bajo, el 3.6% en un nivel medio y el 0.5% en un nivel alto,

cabe destacar que el 0.2% de las participantes obtuvieron una puntuación de cero, lo que significa que la percepción de riesgo en esta muestra se encuentra entre las creencias de no tener peligro de enfermarse a la poca probabilidad de padecer este problema de salud (Figura 11).

**Figura 11**

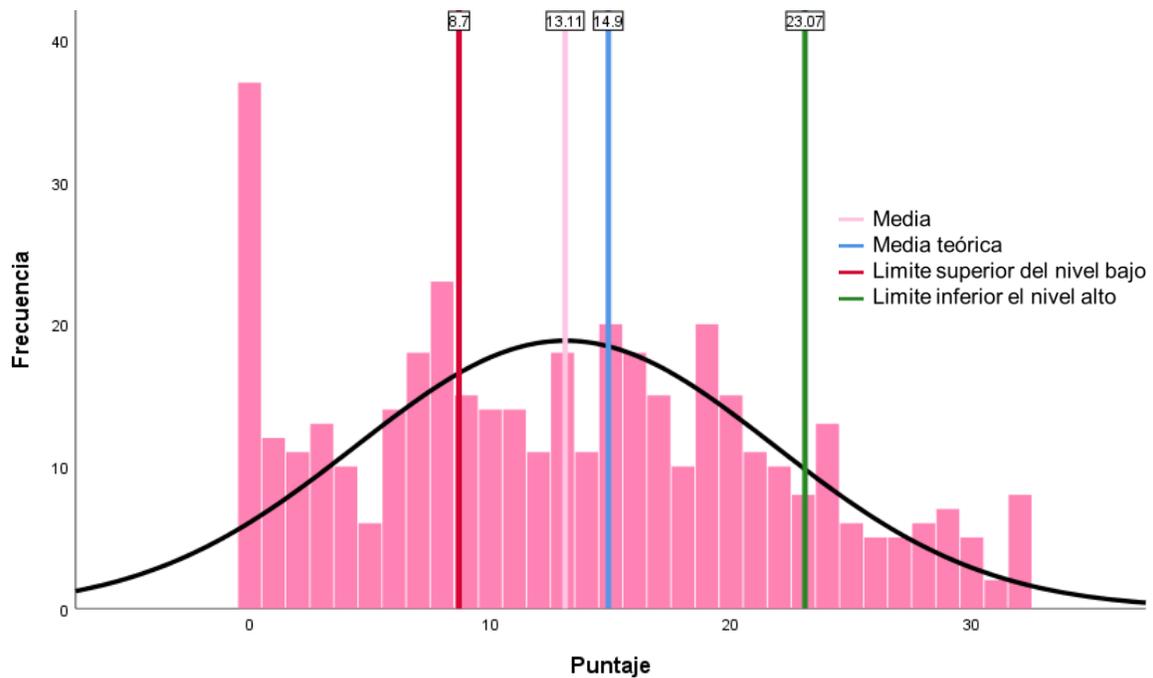
*Puntuación obtenida de Percepción de riesgo*



De acuerdo con la sección de la práctica adecuada de la técnica de autoexploración mamaria, que está constituida por 8 reactivos con ilustraciones que describen la forma adecuada paso a paso la técnica mencionada, que tiene un rango en puntuación de 0 a 32, se obtuvo una  $\bar{x}=13.11$  y una  $DE=8.7$  distribuidos en los tres niveles: 38.7% en el nivel bajo, 47.4% en el nivel medio y 13.9% en el nivel alto, resaltando que el 9% obtuvo una puntuación de cero (Figura 12).

**Figura 12**

*Puntuaciones obtenidas en la práctica de la técnica de autoexploración mamaria*



Continuando con lo anterior, la Tabla 7 muestra la distribución de acuerdo a los niveles bajo, medio o alto en que se llevan a cabo acciones de autocuidado relacionadas a la prevención del cáncer de mama, en nivel de percepción de riesgo que tienen las participantes de poder tener dicha enfermedad y el nivel en que se realiza correctamente la técnica de autoexploración, técnica utilizada para la detección de este problema de salud.

**Tabla 7**

*Porcentaje de acuerdo al nivel de conductas de autocuidado, la percepción de riesgo y la práctica de la técnica de autoexploración mamaria*

	$\bar{x}$ teórica	DE teórica	$\bar{x}$	DE	NIVEL BAJO	NIVEL MEDIO	NIVEL ALTO
Conductas de autocuidado	24.74	7.92	19.79	11.80	47.7%	35.5%	16.8%
Percepción de riesgo	54.12	6.55	33.33	10.28	95.5%	3.6%	0.5%
Técnica de autoexploración	14.90	8.17	13.11	8.70	38.7%	47.4%	13.9%

Posteriormente se realizó un análisis correlacional utilizando la prueba estadística Coeficiente de Pearson, la prueba estadística de Spearman, la Prueba estadística Chi Cuadrada y la Prueba Exacta de Fisher (acorde al tipo de variable a analizar) entre las variables sociodemográficas de las participantes, descritas anteriormente, y los niveles de percepción de riesgo, conductas de autocuidado de cáncer de mama y el nivel de la práctica correcta de la técnica de autoexploración, obteniendo los resultados que a continuación se muestran.

En el análisis general, la práctica de conductas de autocuidado obtuvo una correlación estadísticamente significativa positiva débil con la escolaridad  $r_s=0.207$   $p<0.01$ , con la edad  $r_p=0.117$   $p<0.05$ , y con el ingreso promedio mensual que perciben  $r_p=0.179$   $p<0.01$ ; así mismo, se encontró una relación estadísticamente significativa con la actividad principal que realizan  $X^2(12,411)=24.4$   $p<0.05$  de intensidad débil  $V=0.172$ , con el tipo de atención que reciben  $X^2(2,411)=8.74$   $p<0.05$  de intensidad débil  $V=0.146$ ; una correlación estadísticamente significativa débil con la facilidad que tienen las participantes de acudir a una revisión médica de prevención, de acuerdo a la distancia  $X^2(2,411)=5.68$   $p<0.05$   $V=0.118$ , y de acuerdo al costo  $X^2(2,411)=9.1$   $p<0.05$   $V=0.149$ . Así mismo con los antecedentes de familiares que hayan tenido o tenga cáncer  $X^2(4,411)=13.63$   $p<0.01$  con intensidad débil  $V=0.129$  y con antecedentes familiares que hayan muerto por cáncer  $X^2(4,411)=12.57$   $p<0.05$   $V=0.124$ . En específico con antecedentes familiares de primera línea que hayan tenido cáncer de mama tuvo una correlación estadísticamente significativa de  $X^2(4,411)=17.02$   $p<0.01$  con intensidad débil  $V=0.144$  y que hayan muerto por cáncer de mama  $X^2(4,411)=14.25$   $p<0.01$   $V=0.132$ ; también se encontró una asociación estadísticamente significativa con la realización de la mastografía  $X^2(2,411)=6.53$   $p<0.05$  débil  $V=0.126$  y por último con el conocer los síntomas de cáncer de mama  $X^2(2,411)=62.14$   $p<0.01$  moderada  $V=0.389$  (Figura 13).

**Figura 13**

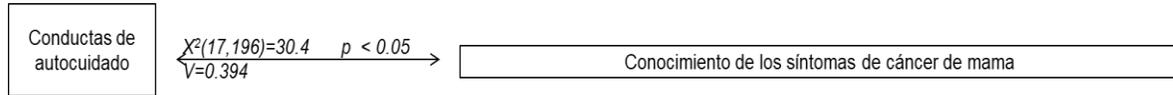
*Índice de correlaciones estadísticamente significativas entre la práctica de conductas de autocuidado total y variables sociodemográficas*

Conductas de autocuidado	$r_s = 0.207$ $p < 0.01$	→	Escolaridad
	$r_p = 0.117$ $p < 0.05$	→	Edad
	$r_p = 0.179$ $p < 0.01$	→	Ingreso promedio mensual
	$X^2(12,411)=24.4$ $p < 0.05$ $V=0.172$	→	Actividad principal
	$X^2(2,411)=8.74$ $p < 0.05$ $V=0.146$	→	Tipo de atención médica
	$X^2(2,411)=5.68$ $p < 0.05$ $V=118$	→	Facilidad de acudir a revisión médica de prevención, de acuerdo a la distancia
	$X^2(2,411)=9.1$ $p < 0.05$ $V=0.149$	→	Facilidad de acudir a revisión médica de prevención, de acuerdo al costo
	$X^2(4,411)=13.63$ $p < 0.01$ $V=0.129$	→	Antecedente de un familiar de primera línea que haya tenido o tenga cáncer
	$X^2(4,411)=17.02$ $p < 0.01$ $V=0.144$	→	Antecedente de un familiar de primera línea que haya tenido o tenga cáncer de mama
	$X^2(4,411)=12.57$ $p < 0.05$ $V=0.124$	→	Antecedente de un familiar de primera línea que haya muerto por cáncer
	$X^2(4,411)=14.25$ $p < 0.01$ $V=0.132$	→	Antecedente de un familiar de primera línea que haya muerto por cáncer de mama
	$X^2(2,411)=6.53$ $p < 0.05$ $V=0.126$	→	Me he hecho la mastografía
	$X^2(2,411)=62.14$ $p < 0.01$ $V=0.389$	→	Conocimiento de los síntomas de cáncer de mama

Y de manera particular, se analizó de acuerdo a los niveles de prácticas de conductas de autocuidado obtenidos, destacando en el nivel bajo, una correlación negativa estadísticamente significativa débil con el conocimiento de los síntomas del cáncer de mama  $X^2(17,196)=30.4 p<0.05$  moderada  $V=0.394$  (Figura 14). Con el nivel medio, existe una relación positiva estadísticamente significativa débil con la edad  $r_p=0.177 p<0.05$  (Figura 15). Mientras que, con el nivel alto, destaca la relación estadísticamente significativa moderada con la facilidad que tienen las participantes de acudir a una revisión médica preventiva de acuerdo al costo  $F=23.03 p<0.05 V=588$ , así como con el antecedente de haber tenido un familiar de primera línea que tenga o haya tenido cáncer  $F=19.56 p<0.05 V=581$  y con el antecedente de haber tenido un familiar de primera línea que haya muerto por cáncer  $F=22.43 p<0.05$  alta  $V=622$  (Figura 16).

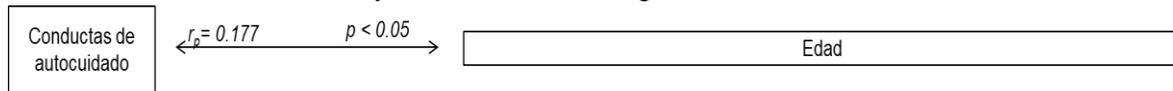
**Figura 14**

*Índice de correlaciones estadísticamente significativas entre la práctica de conductas de autocuidado en un nivel bajo y variables sociodemográficas*



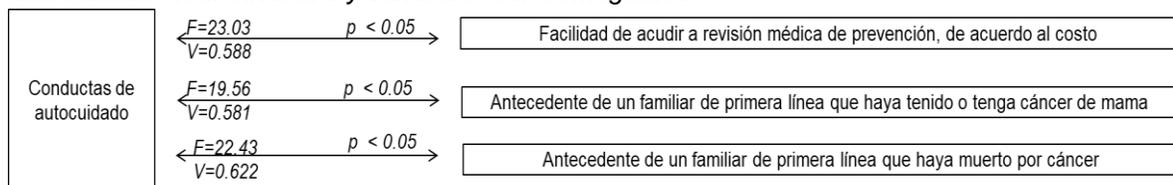
**Figura 15**

*Índice de correlaciones estadísticamente significativas entre la práctica de conductas de autocuidado en un nivel medio y variables sociodemográficas*



**Figura 16**

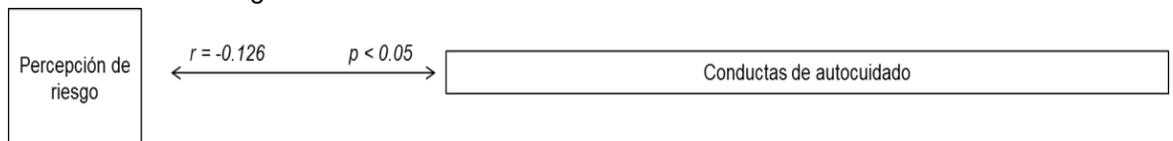
*Índice de correlaciones estadísticamente significativas entre la práctica de conductas de autocuidado en un nivel alto y variables sociodemográficas*



Con la variable de percepción de riesgo total, no se encontraron relaciones estadísticamente significativas con variables sociodemográficas, sin embargo, tuvo una relación negativa baja con las conductas de autocuidado  $r_p=0.126$   $p<0.05$  (Figura 17).

**Figura 17**

*Índice de correlaciones estadísticamente significativas entre la percepción de riesgo total y variables sociodemográficas*

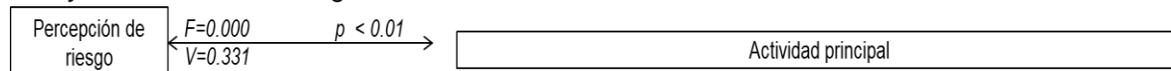


Al realizar el análisis de acuerdo al nivel de percepción de riesgo, se identificó con el nivel bajo una correlación estadísticamente significativa con la actividad

principal que realizan  $F=-22.43$   $p<0.05$  con una intensidad moderada  $V=0.331$  (Figura 18). Con el nivel medio existe una correlación negativa estadísticamente significativa moderada con el ingreso mensual promedio  $r_p=0.591$   $p<0.05$  y con el antecedente de que un familiar tenga o haya tenido cáncer de mama  $F=24.35$   $p<0.05$  alta  $V=1.0$  (Figura 19).

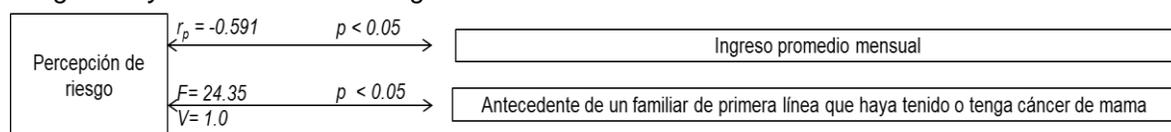
**Figura 18**

*Índice de correlaciones estadísticamente significativas entre un nivel bajo de percepción de riesgo total y variables sociodemográficas*



**Figura 19**

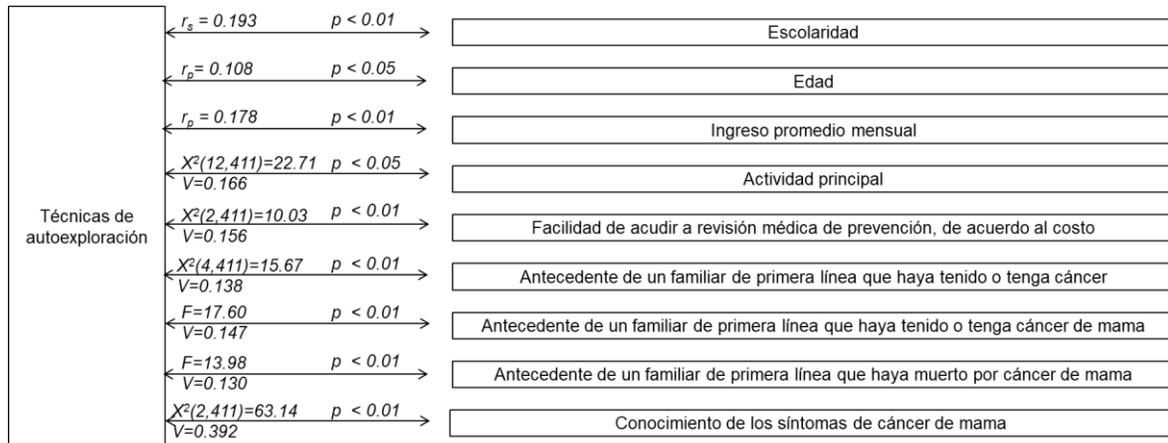
*Índice de correlaciones estadísticamente significativas entre un nivel medio de percepción de riesgo total y variables sociodemográficas*



En cuanto a la realización adecuada de la técnica de autoexploración mamaria se encontraron relaciones positivas estadísticamente significativas débiles con la escolaridad  $r_s=0.193$   $p<0.01$ , con la edad  $r_p=0.108$   $p<0.05$  y con el ingreso mensual promedio  $r_p=0.178$   $p<0.01$ , así mismo se encontró una correlación estadísticamente significativa con la actividad principal que realizan las participantes  $X^2(12,411)=22.71$   $p<0.05$  débil  $V=0.166$ , con la facilidad de acudir a revisión médica de prevención de acuerdo al costo  $X^2(2,411)=10.03$   $p<0.01$  débil  $V=0.156$ ; así como con los antecedentes familiares de algún familiar que tenga o haya tenido cáncer  $X^2(4,411)=15.67$   $p<0.01$  débil  $V=0.138$  y que haya tenido o tenga cáncer de mama específicamente  $F=17.60$   $p<0.01$  débil  $V=0.147$  y con el antecedente de tener un familiar que haya muerto por cáncer de mama  $F=13.98$   $p<0.01$  débil  $V=0.130$ ; así mismo con el conocimiento de los síntomas del cáncer de mama  $X^2(4,411)=63.14$   $p<0.01$  moderada  $V=0.392$  (Figura 20).

**Figura 20.**

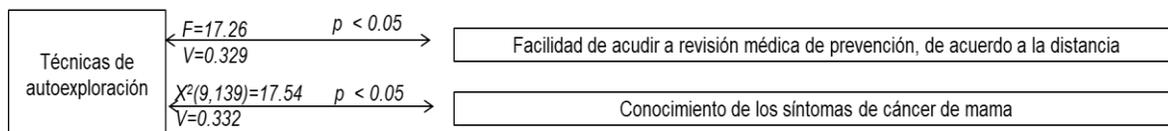
*Índice de correlaciones estadísticamente significativas entre la realización de la técnica de autoexploración mamaria total y variables sociodemográficas*



De manera particular se identificó una correlación estadísticamente significativa débil entre el nivel bajo de la práctica adecuada de la técnica de autoexploración y la facilidad que tienen las participantes de acudir a revisión médica de acuerdo a la distancia  $F=17.26$   $p<0.05$  moderada  $V=0.329$  y con el conocimiento de los síntomas del cáncer de mama  $X^2(9,139)=17.54$   $p<0.05$  moderada  $V=0.332$  (Figura 21). Con el nivel medio y el nivel alto no se encontraron correlaciones estadísticamente significativas.

**Figura 21**

*Índice de correlaciones estadísticamente significativas entre la realización de la técnica de autoexploración mamaria en un nivel bajo y variables sociodemográficas*



## DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

Este estudio se desarrolló con el objetivo de ampliar el conocimiento en variables psicológicas que intervienen en las estrategias de prevención del cáncer de mama. Definitivamente, la concepción del cáncer ha ido cambiando a través de los años, acorde al avance científico y tecnológico. Del mismo modo, la prevención en este caso, actualmente tiene fundamentos establecidos que apuntan directamente hacia la disminución de la morbilidad, de la mortalidad y de la incidencia de casos; ya que se sabe que para que esta enfermedad se desarrolle pasan muchos años, un aproximado de 20 años desde que existe una célula cancerígena hasta que produce metástasis, así mismo, las estrategias de prevención son una oportunidad costo-efectiva sumamente importante para el control de esta enfermedad, a nivel de pérdidas humanas y de recursos económicos (Alberts & Hess, 2019).

Es importante señalar que se han identificado una serie de factores que intervienen en el desarrollo del cáncer, que se han clasificado en dos grandes grupos, en el primero se encuentran componentes no modificables, que tiene que ver con características genéticas y biológicas, mientras que en el segundo, se ubican factores modificables que se relacionan directamente con los estilos de vida, en este caso, las acciones de prevención son educación en salud y modificación o adopción de conductas saludables. Así mismo, la detección temprana de la enfermedad es un componente fundamental, por lo que existen programas y/o campañas para la prevención primaria y secundaria. Aunado a esto, al existir una detección temprana y el acceso a un tratamiento adecuado interviene directamente en la sobrevivencia del individuo (Alberts & Hess, 2019) Por esta situación es que identificar características de la población, así como la relación que estas tengan con variables que contribuyen directamente a la prevención de la enfermedad nos permite entender la dinámica de dichos programas y el impacto en la población.

En el caso particular de cáncer de mama se han establecido modelos predictores del riesgo de padecer dicha enfermedad, los cuales permiten evaluar factores genéticos, biológicos y de la historia familiar principalmente, generando un

preámbulo para incorporar estrategias de intervención específicas para prevenir la aparición de la enfermedad o dar atención de forma precoz (Thompson *et al.*, 2019). De acuerdo a lo anterior, es sumamente importante destacar que componentes biológicos de la enfermedad han sido ampliamente estudiados, los avances para la implementación de acciones encaminadas al control de la misma, en los diferentes niveles de prevención, permiten identificar una lista de variables que intervienen en el desencadenamiento de la padecimiento, cómo prevenir el desarrollo de la misma, cómo realizar una detección oportuna, así mismo, otorgar el tratamiento adecuado con el fin de la sobrevivencia del paciente; sin embargo, estamos identificando todo esto desde la parte de la atención de los servicios de salud, y poco se ha estudiado las variables intervinientes para que los individuos lleven a cabo esta serie de medidas de prevención de cáncer de mama, y es aquí en donde estudiar variables psicológicas que determinen la percepción que tiene la población de la enfermedad así como del comportamiento hacia la misma juegan un papel fundamental para su control.

Por su parte, la psicología ha propuesto modelos para dar una explicación de cómo es que los individuos incorporan a su vida patrones conductuales saludables (Flórez, 2007), que tienen que ver desde alimentación, actividad física, consumo de sustancias, entre otras, que se relacionan directamente con la prevención de la enfermedad; la incorporación de conductas de autocuidado específicas, como puede ser, en este caso, la técnica de autoexploración; y de la misma forma, el acercamiento a los servicios de salud de forma preventiva así como la generación de una responsabilidad coparticipe en la atención médica y hábitos a fines a la propia salud; aunado con esto los datos obtenidos en este estudio nos brindan un preámbulo en factores que forman parte específicamente de la prevención o detección oportuna del cáncer de mama de la población y la relación a las características sociodemográficas nos permite identificar de manera general algunas situaciones que están interviniendo y que permean a que las mujeres reciban atención médica cuando la enfermedad se encuentra en etapas avanzadas.

La percepción de riesgo y el autocuidado juegan un papel importante para

que se lleven a cabo acciones preventivas, que con anterioridad se han descrito, estas conductas de autocuidado son incorporadas en los diferentes niveles, para prevenir la aparición de la enfermedad, durante el tratamiento, así como en la fase de postratamiento. Y la evaluación subjetiva que hace la persona del riesgo de enfermar va a intervenir directamente en la práctica de estas conductas (de Castro & Moro, 2012); situación que coincide en los resultados obtenidos en el presente estudio.

Ligado a lo anterior, es relevante, que en los resultados obtenidos se identificaron niveles bajos en la percepción de riesgo, así como en la práctica de conductas de autocuidado relacionadas con la prevención de cáncer de mama y, de manera particular la técnica de autoexploración, que coincide con un estudio realizado por López-Guevara y colaboradores, el cual tuvo como objetivo evaluar el conocimiento de mujeres de 20 a 59 años de edad sobre el autocuidado en la prevención del cáncer de mama y llevaron a cabo una intervención para la práctica adecuada de la técnica de autoexploración mamaria; identificaron que antes de la intervención, que el 81.6% realizaba la técnica de autoexploración, solo el 13.2% lo realizaba mensualmente, sin embargo, el 82.7 lo realizaba de forma incorrecta en relación con el ciclo menstrual; también identificaron las razones por las cuales no realizaban la autoexploración, el 7.9% dijo que por miedo, el 6.6% por desconocimiento y 3.9% por otras razones. Esto nos permite entender la situación actual de control de la enfermedad, al no existir, o estar presentes parcialmente, la percepción de riesgo y las prácticas de autocuidado relacionadas con la prevención del cáncer de mama propicia que la persona reciba o no atención médica, lo que por ende permite detectar la enfermedad y dar un tratamiento adecuado.

Otro ejemplo que brinda un panorama de la situación relacionada a la práctica de la técnica de autoexploración y, que es congruente con los resultados encontrados en esta investigación, es el estudio llevado a cabo con el fin de conocer el conocimiento y la forma en que llevan a cabo la técnica de autoexploración, así como las causas por las cuales no lo llevan a cabo, detectando que existe un conocimiento general de la técnica, sin embargo, no la realizan de forma adecuada,

además, el desinterés, la flojera, ignorancia, miedo y olvido como las principales razones de no practicar esta técnica (Cancela-Ramos, *et al.*, 2016).

Como hemos visto, la percepción de riesgo que la persona tiene dará pauta al comportamiento, es decir, a la adopción de conductas de riesgo o conductas saludables. La percepción y la creencia que se adopte del entorno, del conocimiento sobre la enfermedad y las experiencias previas son un punto de partida importante, sin embargo, las variables sociodemográficas asociadas a dicha percepción de riesgo y a la práctica de conductas de autocuidado pueden dar oportunidad a entender el panorama desde la perspectiva del individuo así como brindar información relevante para la creación de intervenciones eficaces para control de la enfermedad; se han llevado a cabo estudios cualitativos en diferentes partes del mundo, en donde describen variables como el miedo, el rol que tiene la mujer en el núcleo familiar, la asociación que hace la mujer de verse, sentirse y saberse enferma, así como el desconocimiento de los beneficios que tienen las acciones preventivas como la mastografía (Ponce, 2012). Otro estudio realizado por Ceballos-García y Giraldo-Mora (2011), en el cual identificaron “barreras” para la detección oportuna para el cáncer de mama, encontrando el miedo a los procedimientos médicos, las experiencias negativas previas, así como el postergar la propia atención por actividades laborales y familiares como las principales.

El panorama brindado hasta aquí permite visualizar las asociaciones encontradas con respecto a la ocupación, el nivel de ingresos económicos, así como las experiencias previas con la enfermedad o los servicios de salud. Situaciones sociales que enmarcan el acceso, la accesibilidad y la calidad de los servicios de salud, de manera general.

Basado en los datos obtenidos en este estudio, la percepción de riesgo, así como la práctica de conductas de autocuidado de cáncer de mama se encuentran en niveles bajos, lo que permite deducir el panorama que tenemos relacionado a la atención tardía de dicha enfermedad; además los datos hallados en las relaciones que tienen las variables antes mencionadas con características sociodemográficas, en las cuales se destacan la edad, la escolaridad, la actividad principal que realizan

las mujeres, así como el nivel socioeconómico. De acuerdo a lo anterior, podemos identificar situaciones que valen la pena analizar para modificar las campañas de concientización y prevención de este padecimiento para que tengan el impacto deseado, fomentando el rol activo de cada individuo en el cuidado de su salud.

Permitiendo el aporte de estos datos a generar programas específicos que atiendan estas variables sociodemográficas y psicológicas de la población, que permitan la participación directa en el control de este problema de salud.

## **Limitaciones y sugerencias**

En este estudio se obtuvo una muestra representativa de acuerdo al número de población en cuanto a sexo y edad, sin embargo, el realizar cuestionarios digitales implicó una limitación en el estudio, ya que el acceso a internet aún es limitado en algunos sectores de la población, lo que impide tener un panorama más amplio de la población de acuerdo a variables sociodemográficas. Se sugiere ampliar el campo de aplicación de acuerdo a las mismas (por ejemplo, escolaridad, estado civil, zona rural, etc.)

Así mismo, se sugiere continuar con las investigaciones en esta área para identificar factores intervinientes en la percepción de riesgo de cáncer de mama, así como de las barreras que existen para que la atención sea de forma preventiva, que involucre aspectos psicológicos como son creencias y relacionarlas con el acceso, accesibilidad y calidad de los servicios de salud.

## REFERENCIAS

- Agency for Research on Cancer (2014). *Código Europeo contra el Cáncer*. Recuperado de <http://cancer-code-europe.iarc.fr/index.php/es/>
- Alberts, D. S. & Hess, L. M. (2019). Introduction to Cancer Prevention (pp.1-16). En Alberts, D. S. & Hess, L. M. *Fundamentals of Cancer Prevention 4ta*. Ed. USA: Springer.
- Álvarez, E., Muñoz, I., Gómez, S., Navarrete, E., Rivero, M. E., Rueda, L.... & Sepúlveda, R. (2006). Definición y desarrollo del concepto de ocupación: ensayo sobre la experiencia de construcción teórica desde una identidad local. *Revista Chilena de terapia ocupacional* 7(1), 76-82.
- Álvarez, R., & Kuri-Morales, P. (2018). *Salud pública y medicina preventiva*. México: Manual Moderno
- American Cancer Society (2019). *Signos y síntomas del cáncer de seno*. Recuperado de <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-seno/acerca/signos-y-sintomas-del-cancer-de-seno.html>
- American Cancer Society (2019). *Sobre el Cáncer*. Hoja informativa. Recuperado de: <https://www.cancer.org/es/cancer.html>
- Amigo-Vazquez, I. (2017). *Manual de Psicología de la Salud*. España: Ediciones pirámide.
- Arenas-Monreal, L., Jasso-Arenas, J., & Campos-Navarro, R. (2011). Autocuidado: elementos para sus bases conceptuales. *Global Health Promotion* 18(4), 42-48.
- Cancela-Ramos, M. A., Contreras-Hernández, J. M., Phinder-Puente, M., Acevedo-Marrero, A., & Sánchez-Valdivieso, E. A., (2016). Nivel de conocimiento sobre autoexploración mamaria en mujeres de 20 a 59 años de edad. *Medicina e Investigación* 4(1), 10-14.
- Capurro, D. & Rada G., (2007). El proceso diagnóstico. *Revista Médica de Chile* 135; 134-538.
- Cárdenas, J., Bargalló, J. E., Bautista, V., Cervantes, G., Erazo, A. A., Flores, C. H., ... Valero, V. (2017). *Consenso mexicano sobre el diagnóstico y tratamiento*

*del cáncer mamario*. México: Masson Doyma México S.A.

- Castaneda, S. A. & Strasser, J. (2017). Updates in the treatment of breast cancer with radiotherapy. *Surgical Oncology Clinics of North America* 26(3), 371-382. doi: 10.1016/j.soc.2017.01.013
- Castilla, M. A., Guerra, M. F., & Villadiego, E. M. (2018). Salud Pública: un campo de confrontación del paradigma disciplinar y transdisciplinar. *Avances en Salud*, 2(2), 48-57.
- Ceballos-García, G. Y., & Giraldo-Mora, C. V. (2011). “Autobarreras” de las mujeres al diagnóstico y tratamiento oportuno del cáncer de mama. *Aquichan* 11(2), 140-157.
- Chabner, B. C. Lynch, T. J., Longo, D. L. (2009). *Harrison Manual de Oncología*. México: McGraw-Hill.
- De Castro, E. K., & Moro, L., (2012). Factores psicosociales relacionados con el autocuidado en la prevención, tratamiento y postratamiento del cáncer de mama. *Psicooncología* 9(2-3), 453-465.
- De la Garza, J. G., & Juárez, P. (2014). *El cáncer*. Monterrey, México: Universidad Autónoma de Nuevo León.
- De los Santos, A. (2012). *Derecho Civil 1*. México: Red del Tercer Milenio.
- Díaz, J. (2008). El tratamiento médico: experiencia, base teórica y método. *Revista Habanera de Ciencias Médicas* VII(4); 1-10.
- Díaz, Y., Pérez, J. L., Báez, F., & Conde, M. (2012). Generalidades sobre promoción y educación para la salud. *Revista Cubana de Medicina General Integral* 28(3), 299-308.
- Dunca, K. & Macéiras, L. (2001). Carta de Ottawa para la promoción de la salud. *Salud Pública y Educación para la Salud* 1(1), 19-22.
- Echemendia, B. (2011). Definiciones acerca del riesgo y sus implicaciones. *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología* 49(3), 470-481.
- Espinosa, M. (2018). Cáncer de mama. *Revista Médica Sinergia* 2(1), 8-12.
- Flórez, L. (2007). *Psicología Social de la Salud. Promoción y Prevención*. Bogotá: Manual Moderno
- García, A. A., & García F. (2012) La medicina preventiva en la atención primaria de

- salud. *Revista Habanera de Ciencias Médicas* 11(2); 308-316.
- García, J. (2012). Concepto de percepción de riesgo y su repercusión en las adicciones. *Health and addictions*, 12(2), 133-151.
- Gil, S. (2015). *Ingreso*. disponible en <http://economipedia.com>
- Gómez, A. (2017). Predictores psicológicos del autocuidado en salud. *Hacia la promoción de la Salud* 22(1), 101-112.
- Gordon, R. S. (1983). An Operational Classification of Disease Prevention. *Public Health Reports* 98(29), 107-109.
- Granados, M., Arrieta, O., & Cantú, D. (2013). *Oncología y cirugía. Bases y principios*. México, D.F.: Manual Moderno.
- Grupo de Estudios de Ética Clínica (2003). Sobre las acciones médicas proporcionadas y el uso de métodos extraordinarios de tratamiento. *Revista Médica de Chile* 131(6); 689-696.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2020). *Glorario*. Recuperado de: [inegi.org.mx/app/glosario/defaultdefault.html?p=enoe15](http://inegi.org.mx/app/glosario/defaultdefault.html?p=enoe15)
- Instituto Nacional del Cáncer (INC) (2015). *Estadificación del cáncer*. Recuperado de: <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/diagnostico-estadificacion/estadificacion>
- López-Guevara, S. J., Castillo-Muraira, Y., Ávila-Medina, M., Cano-Fajardo, L. E., Ponce-Martínez, D., & Quevedo-Díaz, M. M. (2014). Autocuidado en mujeres en relación a la prevención del cáncer de mama. *Parainfo digital. Monográficos de investigación en salud VIII(20)*. Recuperado de: <http://www.index-f.com/para/n20/246.php>
- Makhoul, I. (2018). Therapeutic Strategies for Breast Cancer. *The breast. Comprehensive Management of Benign and Malignant Diseases*. (pp. 315-330).e7. doi: 10.1016/B978-0-323-35955-9.00024-6.
- Martín, M., Arroyo, M., Villalobos, M. L. & Álvarez, M. (2013). Cáncer de mama. *Medicine* 11(27), 1629-160-40.
- Martínez, S. (2017). Uso y abuso del término percepción de riesgo. *Revista Cubana de Salud Pública* 43(3), 1-7.
- Matarazzo, J.D. (1984). *Behavioral immunogens and pathogens in health and illness*.

- Psychological and health (pp. 5-43)*. Washington, D.C.: The master lectures.
- Meza-Junco, J., Montaña-Loza, A., & Aguayo-González, A. (2006). Bases moleculares del cáncer. *Revista de Investigación Clínica* 58(1), 56-70. 24
- Moo, T. A., Stanford, R., Dang, C. & Morrow, M. (2018). Overview of Breast Cancer Therapy. *PET Clinics* 13(3), 339-359. doi: 10.1016/j.cpet.2018.02.006.
- Muñoz, P. & Zúñiga, P. (2016). Percepción de riesgo, calidad de vida y detección oportuna del cáncer de mama en universitarias. Tesis de Licenciatura. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.
- National Intitute Health (NIH) (2020). *Family history*. Recuperado de: [cancer.gov/publication/dictionaries/cancer-terms/def/family-history](http://cancer.gov/publication/dictionaries/cancer-terms/def/family-history)
- Oblitas, L. A. (2010). *Psicología de la salud y calidad de vida*. México, D.F.: Cengage Learning Editores.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2018). *Cáncer*. Nota descriptiva. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/>
- Organización Mundial de la Salud (2007). *Control del cáncer. aplicación de los conocimientos*. Guía de la OMS para desarrollar programas eficaces. Ginebra, Suiza: OMS.
- Organización Mundial de la Salud (2015). *Prevención: factores de riesgo y prevención del cáncer de mama*. Ginebra, Suiza: OMS.
- Organización Mundial de la Salud (2018). *Enfermedades no trasmisibles*. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/noncommunicable-diseases>
- Organización Mundial de la Salud (2018). *The Global Cancer Observatory. Cancer today*. Recuperado de <http://gco.iarc.fr/today/home>
- Organización Mundial de la Salud (2019). *Cáncer de mama: Prevención y control*. Recuperado de: <https://www.who.int/topics/cancer/breastcancer/es/>
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (1998). *Promoción de la salud*. Glosario. Ginebra: OMS
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2019). *Octubre: Mes de Sensibilización sobre el Cáncer de Mama*. Recuperado de [https://www.who.int/cancer/events/breast\\_cancer\\_month/es/](https://www.who.int/cancer/events/breast_cancer_month/es/)

- Organización Panamericana de la Salud (2011). *Módulos de Principios de Epidemiología para el Control de Enfermedades (MOPECE)*. Control de enfermedades en la población. Washington DC, EUA: OPS.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2014). *Plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles en las Américas 2013–2019*. Washington, DC: OPS.
- Piña, J. A. (2009). Motivación en psicología y salud: motivación no es sinónimo de intención, actitud o percepción de riesgo. *Revista Diversitas, perspectivas en psicología* 5(1), 27-35.
- Ponce, M. (2012). Percepción de riesgo y opiniones sobre el cáncer de cuello uterino y el cáncer de mama en mujeres adultas de la ciudad de Buenos Aires. *Revista Argentina de Salud Pública* 3(13), 6-12.
- Real Academia Española (2019). *Diccionarios*. Recuperado de <https://dle.rae.es>
- Rodríguez, A. F., Páez, R. E., Altamirano, E. J., Paguay, F. W., Rodríguez, J. C., & Calero, S. (2017). Nuevas perspectivas educativas orientadas a la promoción de la salud. *Educación Médica Superior* 32(4); 1-11.
- Rodríguez, M. & Echemendía, B. (2011). La prevención en salud: posibilidad y realidad. *Revista Cubana de higiene y epidemiología* 49(1); 135-150.
- Rojas, C., & Gutiérrez, V. (2016). *Psicooncología. Aportes a la Comprensión y la Terapéutica*. Talca, Chile: Nueva Mirada Ediciones.
- Romero, R. (2010). *Intervención Psicológica en el paciente oncológico crónico. Guía práctica de Psicología de la Salud en el Ámbito Hospitalario*. Valencia: Col·legi Oficial de Psicòlegs de la Comunitat Valenciana.
- Ruiz, R. (2012). La complejidad del paciente crónico en la Atención Primaria. *Revista Finlay* 2(3), 187-201.
- San Pedro, E. M. & Roales-Nieto, J. G. (2003). El Modelo de Creencias de Salud: Revisión Teórica, Consideración Crítica y Propuesta Alternativa. Hacia un análisis funcional de las creencias en salud. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy* 3(1), 91-109.
- Sánchez-Vallejo, F., Rubio, J., Páez, D., & Blanco, A. (1998). Optimismo ilusorio y percepción de riesgo. *Boletín de Psicología* 58, 7-17.

- Secretaría de Salud (2011). *NORMA Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2011, Para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama. (segunda sección)*. Diario Oficial. CDMX: SALUD 25
- Secretaría de Salud (2015). *Cáncer de mama. Autoexploración de las mamas*. Recuperado de <https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/cancer-de-mama-autoexploracion-de-mamas>
- Secretaría de Salud (2015). *Cáncer de mama. Exploración Clínica*. Recuperado de <https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/cancer-de-mama-exploracion-clinica>
- Secretaría de Salud (2015). *Cáncer de mama. Mastografía*. Recuperado de <https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/cancer-de-mama-mastografia>
- Secretaría de Salud (2017). *Detecta a tiempo el cáncer de mama*. Recuperado de <https://www.gob.mx/salud/articulos/deteccion-oportuna?idiom=es>
- Secretaría de Salud (2019). *Tú puedes prevenir el cáncer de mama, ¡infórmate!* Recuperado de <https://www.gob.mx/salud/articulos/puedes-prevenir-el-cancer-de-mama-informate>
- Serra, M. A., Serra, M., & Viera, M. (2018). Las enfermedades crónicas no transmisibles: magnitud actual y tendencias futuras. *Revista Finlay* 8(2), 140-148.
- Thompson, P.A., Preece, C., & Stopeck, A. T. (2019). Breast Cancer Prevention (pp. 544- 592). En Alberts, D. S. & Hess, L. M. *Fundamentals of Cancer Prevention 4ta. Ed.* USA: Springer.
- Tobar, F. (2017). Sistema de Salud. Recuperado de <http://www.salud.gob.ar/dels/entradas/sistema-de-salud>
- Uribe, T. M. (1999). El autocuidado y su papel en la promoción de la salud. *Investigación y educación en enfermería*. XVII(2); 109-118.
- Vignolo, J., Vacarezza, M., Álvarez, C., & Sosa, A. (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria a la salud. *Archivo de Medicina Interna* XXXIII(1), 11-14.
- World Health Organization (WHO, 2019). *International Agency for Research on*

*Cancer.* Mexico. Recuperado de  
<https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/484-mexico-factsheets.pdf>

World Health Organization (WHO, 2019). *Cancer.* Recuperado de <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer>

# ANEXOS

## Anexo 1. Instrumentos



### Conductas de autocuidado, percepción de riesgo y bienestar en mujeres mexicanas

¡Bienvenida!  
Antes de iniciar es importante que leas la siguiente información

#### CONSENTIMIENTO INFORMADO:

El objetivo de este cuestionario es conocer más sobre las conductas de autocuidado, percepción de riesgo y bienestar en mujeres de 18 a 50 años. Tú has sido invitada para colaborar en este estudio y tu participación es totalmente libre y voluntaria.

Tus datos de identificación no serán solicitados y sólo se recopilará información sociodemográfica básica con fines estadísticos.

Este cuestionario está integrado en tres secciones:

- 1) La primera recopila información sociodemográfica general,
- 2) La segunda presenta preguntas sobre tu percepción de riesgo y conductas de autocuidado.

Al seleccionar la opción de acepto se entiende que estás de acuerdo en participar \*

- Acepto participar
- No acepto participar

Tu participación es muy importante. GRACIAS



The screenshot shows a mobile application interface for a questionnaire. It consists of several sections, each with a title and a list of radio button options. The sections are:

- ¿Cuál es tu edad?** (Age)
- ¿Cuál es tu nivel de escolaridad?** (Education level)
- ¿Cuál es tu estado civil?** (Marital status)
- ¿Cuál es tu ocupación principal?** (Main occupation)
- ¿Cuál es tu ocupación secundaria?** (Secondary occupation)
- ¿Cuál es tu nivel de ingresos mensuales?** (Monthly income level)
- ¿Cuál es tu nivel de ingresos anuales?** (Annual income level)
- ¿Cuál es tu nivel de ingresos por hora?** (Hourly income level)
- ¿Cuál es tu nivel de ingresos por día?** (Daily income level)
- ¿Cuál es tu nivel de ingresos por semana?** (Weekly income level)
- ¿Cuál es tu nivel de ingresos por mes?** (Monthly income level)
- ¿Cuál es tu nivel de ingresos por trimestre?** (Quarterly income level)
- ¿Cuál es tu nivel de ingresos por semestre?** (Semi-annual income level)
- ¿Cuál es tu nivel de ingresos por año?** (Annual income level)
- ¿Cuál es tu nivel de ingresos por vida?** (Lifetime income level)
- ¿Cuál es tu nivel de ingresos por generación?** (Generational income level)
- ¿Cuál es tu nivel de ingresos por familia?** (Family income level)
- ¿Cuál es tu nivel de ingresos por comunidad?** (Community income level)
- ¿Cuál es tu nivel de ingresos por país?** (Country income level)
- ¿Cuál es tu nivel de ingresos por mundo?** (World income level)

Cuestionario de Percepción de Riesgo y Conductas de Autocuidado (Huñoz, Zúñiga & Valencia, 2016)

Sección 1

A continuación se presentan una serie de afirmaciones, por favor selecciona la opción que represente mejor las conductas que realizas para el cuidado de tu salud. \*

	Nunca	Pocas veces	A veces	Casi siempre	Siempre	No aplica
1. Acostumbro a revisar mi cuerpo para detectar algo anormal	<input type="radio"/>					
2. Acudo a revisión ginecológica	<input type="radio"/>					
3. Realizo la autoexploración de mis mamas	<input type="radio"/>					
4. Mi madre u otras mujeres de mi familia realizan la autoexploración de sus mamas	<input type="radio"/>					
5. Mi madre u otras mujeres de mi familia me motivan a la autoexploración de mis mamas	<input type="radio"/>					

Sección 2

A continuación se presentan una serie de oraciones, por favor elije la opción que represente mejor tu opinión, no existe respuesta correcta ni incorrecta. \*

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
13. Realizar la autoexploración me permite identificar quistes o tumores en mis senos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Puedo enfermar de cáncer mama	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Es poco probable que enferme de cáncer de mama	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Tengo miedo de que en este momento se esté desarrollando algún tumor en mis senos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Todas las mujeres estamos expuestas a desarrollar cáncer de mamá	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Sección 2

A continuación se presentan una serie de afirmaciones, por favor selecciona la opción que represente mejor tu opinión, no existe respuesta correcta ni incorrecta. \*

22. Detecto mis senos al estar de las manos al espalda de mi espalda?



- Nunca
- Pocas veces
- A veces
- Casi siempre
- Siempre

23. Lo sentí las manos y comprueba el flujo de líquidos como en la zona de mis axilas?



- Nunca
- Pocas veces
- A veces
- Casi siempre
- Siempre

24. Puedo sentir algún bulto o nódulo con mis manos al sentir de la parte frontal de mis mamas?



- Nunca
- Pocas veces
- A veces
- Casi siempre
- Siempre

25. Me resiento y palpó mis senos con las manos (con el dedo índice) la mano izquierda con la mano derecha y viceversa?



- Nunca