Artículo original
Ginecol Obstet Mex. 2020; 88 (8): 517-524.

Influencia de la lengua dispar (tutunakú y español) en los mensajes e instrucciones que emite el personal de salud y la de las receptoras de la información

Influence of disparate language (Tutunakú and Spanish) in messages and instructions issued by health personnel and those receiving the information.

Fabián García-García,[1] Juan Pablo García-García,[1] Nancy Marbella Parra-Torres,[2] Geu Mendoza-Catalán,[2] Maylin Almonte-Becerril[2]

Resumen

OBJETIVO: Identificar la influencia de la lengua dispar (tutunakú y español) entre los mensajes e instrucciones que emite el personal de salud y la de las receptoras de esa información, en particular la dirigida a la práctica de la autoexploración con fines de prevención del cáncer de mama.

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio descriptivo, transversal, efectuado en mujeres indígenas, mayores de 20 años, a quienes se aplicó un instrumento semiestructurado para la identificación de factores de riesgo y protección de cáncer de mama. Para determinar la asociación de las variables de hablantes de totonakú con el nivel de conocimiento, prevención y riesgo de cáncer de mama se utilizó la prueba de χ^2.

RESULTADOS: Se estudiaron 187 mujeres; de las que 109 (58.5%) solo hablaban tutunakú y 78 (41.5%) eran bilingües (tutunakú y español). La edad promedio de las participantes fue de 43.4 años (DE ± 14.8), con límites de 20 y 80 años. En relación con la escolaridad: 93 de 109 (85.5%) de las monolingües eran analfabetas y solo 44 de las 78 (57.1%) mujeres bilingües habían concluido la educación básica. Por lo que se refiere al conocimiento del cáncer de mama, las mujeres monolingües tuvieron menor nivel de conocimiento y menor práctica de la autoexploración; solo 34 de las 78 bilingües practicaban la autoexploración.

CONCLUSIÓN: Si bien el riesgo de cáncer de mama no muestra asociación con el hecho de hablar una lengua sí lo tiene, directamente, con la escolaridad, con la capacidad necesaria para comprender instrucciones que permitan la práctica de la autoexploración.

PALABRAS CLAVE: Cáncer de mama; autoexploración; idioma; factores de riesgo; personal de salud; tutunakú-español.

Abstract

OBJECTIVE: To identify the influence of the disparate language (tutunaku and Spanish) between the messages and instructions issued by health personnel and those of the recipients of this information, in particular that directed at the practice of self-examination for the purpose of breast cancer prevention.

MATERIALS AND METHODS: Descriptive, cross-sectional study, carried out on indigenous women over 20 years of age, to whom a semi-structured instrument was applied for the identification of risk factors and protection from breast cancer. To determine the association of Totonaku speakers' variables with the level of knowledge, prevention and risk of breast cancer, the test of 2 was used.

RESULTS: A total of 187 women were studied; 109 (58.5%) spoke only tutunaku and 78 (41.5%) were bilingual (tutunaku and Spanish). The average age of participants was 43.4 years (SD 14.8), with limits of 20 and 80 years. With regard to schooling: 93 of 109 (85.5%) of the monolingual women were illiterate and only 44 of 78 (57.1%) of the bilingual women had completed basic education. With regard to knowledge of

[1] Pasante de la Licenciatura en Enfermería en Servicio Social.
[2] Profesor-Investigador.
Universidad Intercultural del Estado de Puebla, Puebla, México.

Recibido: mayo 2020
Aceptado: junio 2020

Correspondencia
Maylin Almonte Becerril
maylin.almonte@uiep.edu.mx

Este artículo debe citarse como
García-García F, García-García JP, Parra-Torres NM, Mendoza-Catalán G, Almonte-Becerril M. Influencia de la lengua dispar (tutunakú y español) en los mensajes e instrucciones que emite el personal de salud y la de las receptoras de la información. Ginecol Obstet Mex. 2020; 88 (8): 517-524.
https://doi.org/10.24245/gom.v88i8.4240

breast cancer, monolingual women had a lower level of knowledge and less practice of self-examination; only 34 of the 78 bilingual women practiced self-examination.

CONCLUSION: Although the risk of breast cancer is not associated with speaking a language, it is directly associated with schooling, with the ability to understand instructions that allow the practice of self-examination.

KEYWORDS: Breast cancer; Self-examination; Language; Risk factors; Health personnel; Tutunakú-Spanish.

ANTECEDENTES

El cáncer de mama es el más frecuente y de mayor mortalidad entre las mujeres del mundo.[1,2] En México, es la principal causa de mortalidad por cáncer en mujeres,[3] y se estiman unas 23 mil muertes y 216 mil casos nuevos durante el 2020.[4] El impacto económico de la enfermedad no solo está dado por el alto costo de los procedimientos diagnósticos y los tratamientos, sino porque afecta a las mujeres en etapas productivas, y se calcula que cada mujer que muere de cáncer de mama equivale a 21 años de vida saludable perdidos (AVISAP).[5]

El cáncer de mama es una enfermedad multifactorial, donde la historia familiar de primer grado, la edad, el estado nutricional, el estilo de vida, el nivel socioeconómico, los factores reproductivos (incluidos la menarquia temprana, la nuliparidad, el primer embarazo después de los 30 años, la anticoncepción hormonal, menopausia tardía, entre otros) incrementan significativamente el riesgo de cáncer de mama.[6,7,8] No obstante, el embarazo y la lactancia a edades tempranas reducen su susceptibilidad, porque actúan como factores protectores.[9,10,11] Los estudios previos en diversas regiones de Latinoamérica han demostrado que la supervivencia al cáncer es menor en comunidades indígenas, asociada al diagnóstico tardío y a la ausencia de tratamiento.[12] Además, la proporción de casos de cáncer de mama que se detecta en el estadio IV (metastásico) varía de 10 a 50% en comunidades con mayor marginación social en México.[13] A pesar de ello, existen reportes que sugieren que el conocimiento y las creencias en relación con el cáncer de mama y su tratamiento contribuye, significativamente, a la búsqueda oportuna de éste.[14] Así, la práctica preventiva de la autoexploración es una herramienta indispensable para la identificación oportuna de alteraciones en la mama, donde la comunicación efectiva entre el personal de salud y la paciente es fundamental.[14,15]

En este sentido, el estado de Puebla es uno de los de mayor diversidad lingüística en el país y con más población totonaca. Cerca de 60% de los hablantes de lengua indígena viven en condiciones de pobreza y 16.7% en condiciones de pobreza extrema.[16] Por ello se considera un grupo vulnerable para el diagnóstico tardío de cáncer de mama. El objetivo de este estudio fue: identificar la influencia de la lengua dispar (tutunakú y español) entre los mensajes e instrucciones que emite el personal de salud y la de las receptoras de esa información, en particular la dirigida a la práctica de la autoexploración con fines de prevención del cáncer de mama.

https://doi.org/10.24245/gom.v88i8.4240

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo y transversal efectuado en mujeres indígenas de la comunidad de Lipuntahuaca Huehuetla, Puebla, México, mayores de 20 años, a quienes se aplicó un instrumento semiestructurado para la identificación de factores de riesgo y protección de cáncer de mama. Mediante la fórmula de población finita se calculó el tamaño de muestra (n = 210) con un nivel de confianza de 95% y margen de error de 5%. La muestra se eligió por conveniencia. Parámetros de estudio: factores sociodemográficos (edad, escolaridad, estado civil, ocupación, y el ser bilingüe o monolingüe, antecedentes familiares; factores ginecoobstétricos (edad a la menarquia, paridad, edad al nacimiento del primer hijo, lactancia materna y menopausia); estilo de vida (consumo de alcohol, tabaquismo, actividad física, etc.); nivel de conocimiento del cáncer de mama y prevención primaria (conocimiento, práctica y frecuencia de la autoexploración, edad al inicio de ésta; identificación de alteraciones en la mama); tipo de información recibida en el centro de salud respecto del cáncer de mama. El riesgo de cáncer de mama se determinó con la calculadora electrónica *Breast Cancer Risk Assessment Tool* (Herramienta para evaluar el riesgo de cáncer de mama), basada en el modelo Gail. Un puntaje mayor o igual a 1.66 representa alto riesgo de padecer cáncer de mama en los cinco años siguientes.[17,18,19] El cuestionario se aplicó con apoyo de profesionales de la salud bilingües. El proyecto siguió los lineamientos éticos de la Ley General de Salud de México y fue aprobado por el comité de ética de la Universidad Intercultural del Estado de Puebla. Para las variables nominales se realizó un análisis descriptivo. Se incluyeron cuadros de frecuencia y porcentaje obtenidos del programa estadístico SPSS versión 25. Para determinar la relación de las variables de hablantes de tutunakú con el nivel de conocimiento, prevención y riesgo de cáncer de mama se aplicó una prueba de χ^2.

RESULTADOS

Se estudiaron 187 mujeres; de las que 109 (58.5%) solo hablaban tutunakú y 78 (41.5%) eran bilingües (tutunakú y español). La edad promedio de las participantes fue de 43.4 años (DE ± 14.8), con límites de edad de 20 y 80 años (**Cuadro 1**). En relación con la escolaridad: 93 de 109 (85.5%) de las monolingües eran analfabetas y solo 44 de las 78 (57.1%) mujeres bilingües habían concluido la educación básica. En ambos grupos, la mayoría de las participantes se dedicaba al hogar y eran casadas (**Cuadro 1**). Entre los factores evaluados, más de 98% de las participantes tuvieron la menarquia antes de los 13 años, y 44 de 187 no habían tenido hijos. De quienes sí habían tenido hijos, más de 80% tuvo el primero antes de los 25 años y todas amamantaron a sus hijos. El 40% de las participantes tenían sobrepeso (n= 75) y 20% (n = 37) obesidad.

Por lo que se refiere al conocimiento del cáncer de mama, las mujeres monolingües tuvieron me-

Cuadro 1. Características sociodemográficas de mujeres bilingües y monolingües expresadas en porcentaje (%) y frecuencia (f). n = 187

	Bilingües % (f)	Monolingües % (f)
Lengua	41 (77)	58.5 (110)
Edad		
De 20 a 30 años	49.4 (38)	4.5 (5)
De 31 a 35 años	18.2 (14)	2.7 (3)
De 36 a 50 años	27.3 (21)	43.6 (48)
Más de 50 años	5.2 (4)	49.1 (54)
Educación		
Sin estudios	19.5 (15)	85.5 (94)
Básica	57.1 (44)	14.5 (16)
Técnica	23.4 (18)	-
Estado civil		
Soltera	16.9 (13)	28.1 (31)
Casada	83.1 (64)	71.81 (79)

nor nivel de conocimiento y menor práctica de la autoexploración; solo 34 de las 78 bilingües indicaron que practicaban la autoexploración. Asimismo, 168 de las 187 participantes reportaron no consumir bebidas alcohólicas, ni fumar tabaco, ni realizar de manera frecuente ejercicio físico y no haber recibido tratamientos hormonales ni anticonceptivos orales (datos no mostrados). El 100% de las mujeres de ambos grupos señalaron no tener antecedentes familiares de cáncer de mama (**Cuadro 2**). De las mujeres monolingües: 26 de 109 (24.5%) y 11 de 78 (14.3%) de las bilingües alcanzaron un riesgo elevado de padecer cáncer de mama a 5 años pero sin que se haya encontrado asociación del riesgo de cáncer de mama con el hecho de solo hablar tutunakú (**Cuadro 2**). Posteriormente se determinó la asociación de las variables estudiadas con el ser hablante de tutunakú, donde los resultados mostraron una asociación negativa entre solo hablar tutunakú (**Cuadro 3**), tener conocimiento del cáncer de mama (Rho= -0.406,

Cuadro 2. Factores de riesgo-protección en mujeres bilingües y monolingües mayores de 20 años pertenecientes a la comunidad de Lipuntahuaca Huehuetla, Puebla. (n = 187)

	Bilingüe % (f)	Monolingüe % (f)	t	P
Edad a la menarquia				
Menores de 13 años	100 (77)	98.1 (108)	-1.188	0.158
Mayores de 13 años	-	1.8(2)		
Tiene hijos				
Si	85.7 (66)	73.6 (81)	**26.14**	**0.001**
No	14.3 (11)	26.4 (29)		
Edad al primer embarazo				
Antes de los 20	25.7 (17)	28.3 (23)		
Entre 20 y 25	63.6 (42)	61.7 (50)	**21.47**	**0.001**
Más de los 25	10.6 (7)	9.8 (8)		
Menopausia				
Si	11.7 (9)	60.9 (67)		
No	88.3 (68)	39.0 (43)	**7.71**	**0.001**
Temprana	55 (5)	19.4 (13)		
Normal	45 (4)	80.5 (54)		
IMC				
Normal	33.8 (26)	40 (44)		
Sobrepeso	40.3 (31)	40 (44)	1.080	0.282
Obesidad	26 (20)	20 (22)		
Nivel de conocimiento sobre el cáncer de mama				
Bajo	62.3 (48)	94.5 (104)	**6.54**	**0.001**
Medio	37.7 (29)	5.5 (6)		
Práctica a autoexploración				
Si	44.1 (34)	6.4 (7)	**6.93**	**0.001**
No	55.9 (43)	93.6 (103)		
Frecuencia de la práctica				
Mensual	52.9 (18)	57.1 (4)	**6.78**	**0.001**
Anual	47 (16)	42.9 (3)		

https://doi.org/10.24245/gom.v88i8.4240

Cuadro 3. Asociación de mujeres monolingües y bilingües con el conocimiento, prevención y riesgo de cáncer de mama. (n = 187)

	Bilingüe % (f)	Monolingüe % (f)	X^2	Sig.	Rho Spearman	Sig.
Conocimiento cáncer de mama						
Bajo	62.3 (48)	84.5 (104)	30.38	**0.001**	-0.406	**0.001**
Medio	37.7 (29)	2.5 (6)				
Prevención primaria						
Si	44.2 (34)	7.3 (24)	38.478	**0.001**	-0.454	**0.001**
No	55.8 (43)	92.7 (10)				
Riesgo de cáncer de mama						
Bajo (≤ a 1.65)	85.7 (66)	75.5 (83)	2.94	0.069	0.125	0.069
Alto (≥ a 1.65)	14.3 (11)	24.5 (27)				

p ≤ 0.001) y la práctica de la autoexploración (Rho= -0.454, p ≤0.001). Lo que sí se observó fue una asociación significativa entre el riesgo obtenido y la práctica de la autoexploración. **Cuadro 4**

Los desenlaces mostraron que solo 50 de 109 (46.4%) mujeres monolingües habían recibido información (en su lengua) cuando asistían a consulta al centro de salud, donde a 96 de 109 se les atendió con la intermediación de un intérprete. En contraste, 95 de las 187 (50.9%) participantes indicaron que, en ausencia de intérpretes, un integrante de su familia es el que les ha apoyado. 53 de las 109 (49.1%) monolingües indicaron que, al no contar con intérpretes, solo recibieron información en español, sin entenderlo. **Cuadro 5**

DISCUSIÓN

Lo aquí reportado es el primer estudio enfocado a identificar el riesgo de padecer cáncer de mama en mujeres indígenas de la Sierra Nororiental del estado de Puebla y su asociación con el conocimiento y la práctica de la autoexploración. Los desenlaces mostraron que 58 de 109 (53.6%) mujeres monolingües requirieron intérpretes para recibir información médica. De ellas: 12 de 109 (11.8%) indicaron que en el centro de salud nunca hubo intérpretes. Esta carencia limita, significativamente, la adquisición de información y la calidad de la atención médica, que solo se fundamente en la exploración física.[20] Se encontró una relación estrecha entre el monolingüismo, el analfabetismo y la baja escolaridad, el conocimiento del cáncer de mama y la falta de

Cuadro 4. Asociación del riesgo de cáncer de mama con el conocimiento de éste y la práctica de la autoexploración (n = 187)

	Riesgo bajo % (f)	Riesgo alto %(f)	X2	Sig.	Rho Spearman	Sig.
Conocimiento del cáncer de mama						
Bajo	79.2 (118)	89.5 (34)	2.103	0.108	-0.106	0.149
Medio	20.8 (31)	10.5 (4)				
Realiza la autoexploración						
Si	25.5 (38)	10.5 (4)	3.900	0.034	-0.144	0.049
No	74.5 (111)	89.5 (34)				

Cuadro 5. Información recibida en los centros de salud y participación de traductores para la trasmisión de información a la comunidad de Lipuntahuaca, Huehuetla, Puebla. N = 187

	Bilingüe % (f)	Monolingüe % (f)
Recibe información en tutunakú		
Si	45.5 (35)	46.4 (51)
No	54.5 (42)	53.6 (59)
Ha recibido apoyo de traductores		
Siempre	-	49.1 (54)
Algunas veces	59.3 (47)	39.1 (43)
Nunca	39.7 (30)	11.8 (13)
En caso de no contar con intérprete		
Llevo a familiar		50.9 (56)
Información en español	100 (77)	49.1 (54)

práctica de la autoexploración. Esto es alarmante porque 166 de 187 (89%) de las participantes no llevan a cabo los procedimientos de prevención del cáncer de mama, aunado a que a ninguna le habían practicado una mamografía.

La mamografía es el único método de cribado que ha demostrado eficacia en la reducción la la mortalidad por cáncer de mama incluso en 31% en las mujeres mayores de 50 años.[21] Si bien la repercusión mundial de la autoexploración reporta datos controversiales porque no se encuentra relación con la disminución de la mortalidad[22] sí se la considera una práctica adecuada porque permite la identificación de lesiones en etapas clínicas I y II, además de que incrementa la asistencia de las mujeres al centro de salud, por lo que es una alternativa efectiva para la identificación oportuna de alteraciones en la mama.[23, 24, 25]

Diversos autores han reportado que si bien existe una clara predisposición genética a padecer cáncer de mama, en un grupo pequeño de mujeres (5-10%) las influencias sociales y culturales relacionadas con la actividad física, el estilo de vida, la historia reproductiva y el equilibrio energético, parecen ser decisivas en el caso de cáncer de mama esporádico (85-87% de los casos).[23] En este sentido, los desenlaces del estudio muestran que un elevado porcentaje de mujeres tenía factores protectores contra el cáncer de mama: menopausia temprana, embarazo antes de los 25 años, lactancia materna, no consumir bebidas alcohólicas ni tabaco; aunque 60% de ellas tenían sobrepeso u obesidad. Estos factores incrementan el riesgo incluso en 25% de los casos y, puesto que en México la obesidad tiene porcentajes de prevalencia muy elevados, representa un serio problema de salud pública.[5] Además, de acuerdo con la International Agency for Research on Cancer la función ovárica se ve influida por el tipo de alimentación durante la infancia y la adolescencia; por tal motivo, el sobrepeso o la obesidad desde edades tempranas de crecimiento magnifica la susceptibilidad al cáncer de mama.[23,9]

En concordancia con lo anterior, los reportes previos informan que la incidencia del cáncer de mama es menor en las mujeres indígenas que en las no indígenas; sin embargo, su supervivencia, una vez diagnosticado, es mucho menor. Esto debido, en parte, a la baja participación de las mujeres en los programas de detección temprana y a la ausencia de acceso a los servicios de salud apropiados.[5,26]

Aunado a lo anterior están: el envejecimiento poblacional, la occidentalización del estilo de vida, la educación e información deficientes relativas a la enfermedad que favorecen de manera muy importante la incidencia de factores de riesgo modificables.[5] En este sentido, el uso de modelos de predicción de riesgos, basados en combinaciones de factores de riesgo, muestran un buen poder predictivo general, que aportan herramientas que permitan disminuir los factores de riesgo, favorecen el diagnóstico oportuno, y mejoran la prognosis del padecimiento.[9,19] Con base en lo anterior, los desenlaces mostraron que

https://doi.org/10.24245/gom.v88i8.4240

menos de 30% de las participantes tenían un riesgo elevado de padecer cáncer de mama a 5 años; sin embargo, el IMC elevado, la edad a la que se tuvo el primer hijo y la ausencia del ciclo menstrual, incrementaron de manera significativa su riesgo. Asimismo, aunque el riesgo mostró una asociación significativa con la práctica de la autoexploración, no hubo diferencias entre mujeres monolingües y bilingües.

Así, conocer el riesgo relativo de padecer cáncer de mama aporta una herramienta efectiva para el diseño de estrategias de prevención con estándares de calidad desde una perspectiva intercultural que permita tomar conciencia de la necesidad de evaluaciones médicas periódicas y del diagnóstico temprano.

CONCLUSIÓN

Los factores protectores contra el cáncer de mama no muestran diferencias entre mujeres monolingües y bilingües, pero sí una asociación negativa con el conocimiento y la práctica de los métodos preventivos. La coexistencia de factores ginecológicos, edad al primer embarazo, a la menopausia e IMC elevado, son factores que incrementan, significativamente, el riesgo de cáncer de mama. Si bien el riesgo de cáncer de mama no muestra asociación con el hecho de hablar una lengua sí lo tiene, directamente, con la escolaridad, con la capacidad necesaria para comprender instrucciones que permitan la práctica de la autoexploración.

REFERENCIAS

1. Santana-Chávez L, et al. Efectividad de la autoexploración mamaria supervisada como estrategia educativa. Ginecol Obstet Mex. 2015; 83: 522-28.
2. López-Carrillo L, et al. Utilización correcta de las técnicas de detección de cáncer de mama en mujeres mexicanas. Salud Pública Méx. 2014; 56 (5): 538-46 .http://dx.doi.org/10.21149/spm.v56i5.7711
3. Bray F, Piñeros M. Cancer patterns, trends and projections in Latin America an the Caribbean: a global context. Salud Pública Méx. 2016; 58 (2): 104-117. http://dx.doi.org/10.21149/spm.v58i2.7779
4. Gutierrez-Delgado C, et al. Estimating the indirect costs associated with the expected number of cancer cases in Mexico by 2020. Salud Pública Méx. 2016; 58: 228-36. http://dx.doi.org/10.21149/spm.v58i2.7792
5. Cárdenas-Sánchez J, et al. Consenso Mexicano sobre diagnóstico y tratamiento del cáncer mamario. Octava revisión. Colima 2019. Gac Mex Oncol. 2018; 18: 141-231. doi:10.24875/j.gamo.M19000180
6. Anastasiadi Z, et al. Breast cancer in young women: an overview. Updates surg. 2017; 27 (5): 1631-36. doi:10.1007/s13304-017-0424-1
7. Azim HA, Partridge AH. Biology of breast cancer in young women. Breast Cancer Res. 2014; 16 (4): 427. doi: 10.1186/s13058-014-0427-5
8. Coronado G, et al. Alcohol consumption and the risk of breast cancer. Salud Pública Méx. 2011; 53 (5): 440-47. doi: 10.1186/bcr2422
9. Sifuentes-Álvarez A, et al. Factores de riesgo asociados con el cáncer de mama en mujeres del estado de Durango. Ginecol Obstet Mex. 2015; 83: 662-69.
10. Grajales-Pérez E, et al. Factores de riesgo para el cáncer de mama en México: revisión de estudios en poblaciones mexicanas y México-Americanas. Rev. CES Salud Pública. 2014; 5 (1): 132-41. https://doi.org/10.1590/s0036-36342009000800017
11. Navarro-Ibarra M, et al. Influencia de los factores reproductivos, la lactancia materna y la obesidad sobre el riesgo de cáncer de mama en mujeres mexicanas. Nutr Hosp. 2015; 32 (1): 291-98. http://dx.doi.org/10.3305/nh.2015.32.1.9049
12. Moore S, et al. Cancer in indigenous people in Latin America and the Caribbean: a review. Cancer Med. 2014; 3 (1): 70-80. doi: 10.1002/cam4.134
13. Health Policy Parnership. Cáncer de mama metastásico en méxico: Un llamado a la acción. México, 2016. http://www.healthpolicypartnership.com/wp-content/uploads/metastatic_breast_cancer/Mexico_StoryBoard_on_MBC_Mexico_Spanish_260216.pdf> (Consulta: Febrero 2020).
14. Oladimeji K, et al. Knowledge and Beliefs of Breast SelfExamination and Brest Cancer among market women in Ibadam, South West, Nigeria. Plos One. 2015; 1-11. 10.1371/journal.pone.0140904
15. Camejo-Mártinez N, et al. Encuestas sobre prevención del cáncer de mama en una población de mujeres uruguayas. An Fac Med. 2018; 5 (2): 63-74. http://dx.doi.org/10.25184/anfamed2018v5n2a6
16. Consejo Nacional de Evaluación de la Politica de Desrrollo Social [CONEVAL]. La pobreza en la población indígena de México 2008-2018. Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas. 2019. https://doi.org/10.2307/j.ctv1xxvwr.66

17. Gail M, et al. Weighing the risks and benefits of tamoxifen treatment for preventing breast cancer. J Natl Cancer Inst. 1999; 91 (21): 1846-49. https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.jnci.a024159
18. Rockhill B, et al. Validation of the Gail et al. Model of Breast Cancer Risk Prediction and Implication for Chemoprevention. J Natl Cancer Inst. 2001; 93 (5): 358-66. https://doi.org/10.1093/jnci/93.5.358
19. Gómez F. Evaluación cuantitativa del riesgo de cáncer de mama. Rev Med Clin las Condes. 2006; 17 (4): 149-63.
20. Muñoz-Torres T, et al. Plan de cuidado enfermero estandarizado en paciente con cáncer de mama. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc. 2012; 20 (2): 97-104.
21. Marzo-Castillejo M, et al. Recomendaciones de prevención del cáncer. Actualización PAPPS 2018. Atención Primaria. 2018; 50 (1): 41-65. doi: 10.1016/S0212-6567(18)30362-7
22. Nde F, et al. Knowledge, attitude and practice of breast self-examintation among female undergraduate students in the University of Buea. BMC Res Notes. 2015; 8 (43): 2-6. doi: 10.1186/s13104-015-1004-4.
23. Pérez Zumano S, et al. Factores de riesgo para cáncer de mama. Revisión de la literatura: Rol potencial de Enfermería. Enferm Universitaria 2009; 6 (3): 21-26. https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2009.3.330
24. Zonderhuis B, et al. Breast Self-Examination also valuable in women participating in a screaning programe. Ned Tijdschr Geneeskd. 2008; 52 (43): 2341-45. doi. 10.1186/s13104-015-1004-4.
25. Manrique-Abril F, et al. Factores asociados a la práctica correcta del autoexamen de mama en mujeres de Tunja (colombia). Invest Educ Enferm. 2012; 30 (1): 18-27. https://doi.org/10.4321/s1695-61412011000300003
26. Reath J, Carey M. Breast and cervical cancer in indigenous women: Overcoming barriers to early detection. Aust Fam Physician. 2008; 37 (3): 178-82.

CITACIÓN ACTUAL

De acuerdo con las principales bases de datos y repositorios internacionales, la nueva forma de citación para publicaciones periódicas, digitales (revistas en línea), libros o cualquier tipo de referencia que incluya número doi (por sus siglas en inglés: Digital Object Identifier) será de la siguiente forma:

REFERENCIAS

1. Katarina V, Gordana T. Oxidative stress and neuroinflammation should be both considered in the occurrence of fatigue and depression in multiple sclerosis. Acta Neurol Belg. 2018;34(7):663-9. doi: 10.1007/s13760-018-1015-8.
2. Yang M, et al. A comparative study of three different forecasting methods for trial of labor after cesarean section. J Obstet Gynaecol Res. 2017;25(11):239-42. doi: https://doi.org/10.1016/j.gyobfe.2015.04.015.

https://doi.org/10.24245/gom.v88i8.4240