

Prevalencia de factores de riesgo para cáncer de mama en población urbana y rural

Heroína Sanchez-Domínguez,⁽¹⁾ María de los Angeles Paz-Morales⁽²⁾

RESUMEN

Introducción: El cáncer mamario (CM) es la neoplasia más frecuente y la mayoría de los casos corresponde a estados tempranos de la enfermedad. Son escasos los estudios relacionados al cáncer de mama con factores individuales asociados al nivel socioeconómico; sin embargo, los estudios realizados sugieren que las mujeres de bajo riesgo que residen en áreas metropolitanas tienen mayor riesgo que aquellas de mayores recursos de la misma región. **Material y métodos:** Se estudiaron las características de la población y la prevalencia de los factores de riesgo para CM en mujeres de 25 a 65 años de edad de dos poblaciones, urbana y rural/indígena. El muestreo fue probabilístico sistemático de inicio aleatorio. El tamaño de la muestra para toda la población se calculó para un nivel de confianza de 95%, un límite de error de estimación de 0.5 y una significancia de 0.5; el tamaño de la muestra final fue de 400 mujeres y la proporción se igualó a 200 para cada grupo. **Resultados:** Los factores de riesgos para CM con mayor prevalencia se presentaron en las mujeres de población urbana; en estas se mostraron de 2 a 4 factores de riesgo y en la población rural indígena se presentó proporción alta solo en un factor de riesgo. **Conclusión:** El presente estudio permitió conocer la prevalencia de los factores de riesgo para CM de las mujeres residentes de dos poblaciones urbanas y rural/indígena de Tabasco México.

Palabras claves. *Cáncer de mama, factores de riesgo en cáncer de mama, prevalencia de factores de riesgo en cáncer de mama.*

SUMMARY

Introduction: the breast cancer is the most frequent neoplastic and in most cases it corresponds to early stages of the illness. The studies related to breast cancer with individual factors associated to the socioeconomical level are scarce; however, those studies made suggest that the low risk women living

in metropolitan areas have higher risks than those of higher resources in the same region.

Method and material: the population characteristics and the risk factor prevalence for MC in women from 25 to 65 years of age were studied in both urban and rural (Indian population). The sampling was systematic probabilistic of aleatory start. The sampling size for all the population was calculated for a 95% trusting level, an estimate error limit of 0.5 and a significance of 0.5; the final sampling size was 400 and the proportion of women got even to 200 for each group. **Results:** the risk factor for MC with most prevalence was present in women of urban population; those ones showed from 2 to 4 risk factors and in the Indian rural population a high proportion was present only in one risk factor.

Conclusion: the current study allowed to know the risk factor prevalence for MC in women living in two urban and rural Indian populations in Tabasco Mexico.

Key words: *breast cancer, breast cancer risk factors, risk factors prevalence in breast cancer.*

INTRODUCCIÓN

La historia reproductiva de las mujeres mexicanas cada vez es más similar a mujeres de países desarrollados, cada día se observa a más mujeres sin o con pocos hijos, con su primer parto a término después de los 30 años, además de incluir la no práctica de lactancia, dentro de los factores personales encontramos la menarca antes de los 12 años, menopausia después de los 50 años, consumo o aplicación de tratamiento hormonales sustitutivo por más de diez años; todos ellos representan un incremento de factores de riesgo en la mujer y aumenta la probabilidad de presentar cáncer mamario (CM).¹ Lazcano,² menciona que algunas características socioculturales implican bajo riesgo en el desarrollo del CM, como es la práctica de la lactancia materna, multiparidad y la edad temprana del primer embarazo, características presentes en mayor proporción en mujeres de área rural. La historia familiar considera que del 3 al 10 % de todos los

⁽¹⁾ Maestra en Ciencias de Enfermería adscrita al servicio de enfermería del Hospital de la Mujer de la Secretaría del Estado de Tabasco.

⁽²⁾ Maestra en Ciencias de Enfermería adscrita a la Facultad de Enfermería de la Universidad de Nuevo León.

CM predispone el factor hereditario, sobre todo cuando existe un antecedente familiar de primer grado de CM que sugiere la existencia de un gen dominante de penetrancia completa.³

En México, durante la última década, la tasa de mortalidad por cáncer mamario aumentó de 13.06 en 1990 a 14.49 en el año 2000, por cada 100,000 mujeres de 25 años y más. Respecto a las tasas de defunciones por la misma causa también existe una tendencia de aumento; en el año de 1990 se presentaron 2,214 muertes con un ascenso de 3,455 muertes en el año 2000 (Secretaría de Salud).⁴

En el estado de Tabasco, de todos los tipos de cáncer, el CM ha presentado un incremento y registra el segundo lugar de mortalidad con una tasa de 10.26 en 1997 y 12.17 por cada 100,000 habitantes en el 2001 (Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, INEGI).⁵

Estudios muestran que el 50% de los cánceres pueden ser prevenibles, debido a que algunos factores cancerígenos están relacionados con factores ambientales o patrones de estilos de vida personales tales como fumar, consumo de alcohol y tipo de alimentación, además de algunas variables sociales y económicas.⁶

Aranson,⁷ menciona que los estilos de vida como la ingesta de alcohol y cigarro son factores que incrementan la probabilidad de riesgo en la presencia del CM.

En su estudio refiere que las mujeres que consumieron una bebida con 10 gramos de alcohol al día y que alguna vez en la vida fumaron, el riesgo de cáncer de pecho aumento en un 4%.

Por otra parte en la revisión de la literatura se localizaron estudios de factores de riesgo para CM en población general, no especificando si incluyen mujeres de área urbana o rural. La OMS,⁸ reporta que la incidencia y supervivencia está claramente relacionadas con factores socioeconómicos y que los grupos de mujeres indígenas tienen menos acceso a los servicios de salud y educación sanitaria lo que las hace ser las más vulnerables, cabe mencionar que los factores de riesgo familiares y reproductivos se identificaron con menos proporción en mujeres indígenas.

Este trabajo tiene como objetivo conocer la prevalencia de factores de riesgo para CM en mujeres de 25 a 65 años de edad de dos poblaciones, urbana y rural /indígena así como determinar los factores de riesgo de mayor proporción en ambas poblaciones.

MATERIAL Y MÉTODOS

El estudio fue descriptivo, de prevalencia y comparativo, ya

que se estudiaron las características de la población y la prevalencia de los factores de riesgo para CM.

La población de estudio estuvo conformada por mujeres de 25 a 65 años de edad de dos poblaciones urbana y rural/ indígena; la población urbana la integraron mujeres que acudieron a la consulta externa del Hospital de la Mujer de la ciudad de Villahermosa, Tabasco; la población rural/indígena se constituyó por mujeres de lengua hablante chontal de dos comunidades del municipio de Tacotalpa, Tabasco. El muestreo fue probabilístico sistemático de inicio aleatorio; para el área urbana la selección de las participantes fue de 1 en 5 a través de la lista de citas de consulta diaria, puesto que la población era mucho mayor en el área rural/indígena, se seleccionó a las mujeres de 1 en 2 a partir del censo de módulos del programa Oportunidades, previamente citadas en su centro de salud. El tamaño de la muestra para toda la población se calculó para un nivel de confianza de 95%, un límite de error de estimación de 0.5 y una significancia de .05; el tamaño de la muestra final fue de 400 y la proporción de mujeres se igualó a 200 para cada grupo.

En el estudio se utilizó una cédula para las características sociodemográficas, que incluyeron años de escolaridad, estado marital, ocupación, tiempo de residencia actual y lugar donde reside; tres de las preguntas con respuesta dicotómicas y dos son abiertas.

El instrumento que se utilizó para medir los factores de riesgo para cáncer de mama contempló los criterios establecidos en la NOM 041 SSA-2,⁹ además se consideraron otros factores tales como, consumo de tabaco, alcohol y tratamientos hormonales sustitutivos. El cuestionario constó de 41 preguntas con cuatro apartados: historia personal, historia reproductiva, historia familiar y consumo de alcohol y cigarro. En la recolección de la información para el área urbana se obtuvo la lista de citas y se seleccionó a cada participante mediante una tabla de números aleatorios de 1 en 5 de mujeres que acudieron a la consulta externa, mismas que fueron entrevistadas después de pasar a su cita con el médico. En el área rural/indígena el estudio se llevó a cabo en dos comunidades, Guayal y Raya de Zaragoza, requiriéndose el apoyo de una profesora bilingüe y de una mujer líder de la comunidad, las cuales tradujeron el instrumento en lengua chontal, se utilizó una tabla de números aleatorios de 1 en 2 para la asignación de la cita al centro de salud, enlistando un promedio de 20 mujeres diarias para un tiempo de 10 días hábiles, las participantes fueron abordadas después de una reunión de sensibilización para su participación en este estudio. A todas las participantes se les informó el objetivo del estudio y se solicitó su colaboración para la medición de talla y peso, respetando su anonimato y el uso confidencial de la información de sus

respuestas. Se consideró el consentimiento informado por escrito o huella dactilar al contestar el instrumento.

RESULTADOS

El análisis de las características sociodemográficas de la población urbana mostró que el 43 % mencionaron ser empleadas y profesionales y el 35 % no tenían pareja desde el punto de vista marital. En este mismo sentido, el 0.5% del área indígena eran empleadas sin profesión y solo el 0.5% no tenían parejas. El 98.5 % de las mujeres del área rural/indígena presentaron una escolaridad menor de nueve años y el 1.5% tenían un mayor grado escolar; el 28.5% trabajaban como agricultoras. En el área urbana el 50% tenían escolaridad menor de 9 años y todas sabían leer y escribir y el 21% eran agricultoras (tabla 1).

La historia personal de la mujer como factor de riesgo para CM, mostró frecuencia similar en el grupo de edad de 40 a 65 años en ambas poblaciones. Las mujeres del área urbana presentaron antecedente personal de CM en 1% y un 7.5% tienen el antecedente de diagnóstico de biopsia de mama; estos antecedentes no se reportaron en la población rural/indígena. La menarca en ambas poblaciones ocurrió mayormente entre los 12 y 14 años de edad. Cerca del 70% de la población rural se embarazaron antes de los 20 años de edad y para la población urbana fue de 27.5%. Otras variables

Tabla 1. Características sociodemográficas de las mujeres de población urbana y rural/indígena.

| Variables | | Residencia | | | | Total | |
|-------------------------|----------------|-----------------|------|----------------|------|-------|------|
| | | Urbana n=200 | | Rural n=200 | | | |
| | | f | % | f | % | f | % |
| Escolaridad | 9 años y menos | 100 | 50.0 | 197 | 98.5 | 297 | 74 |
| | 10-12 años | 49 | 24.5 | 0 | 0 | 49 | 12 |
| | 13 años y más | 51 | 25.5 | 0 | 0 | 51 | 13 |
| | Ningún grado | 0 | 0 | 3 | 1.5 | 3 | 1 |
| Estado marital | Con pareja | 130 | 65 | 199 | 99.5 | 329 | 82 |
| | Sin pareja | 70 | 35 | 1 | .5 | 71 | 18 |
| Trabaja fuera del hogar | Sí | 94 | 47 | 56 | 28 | 150 | 37.5 |
| | No | 106 | 53 | 144 | 72 | 250 | 62.5 |
| Área de trabajo | Empleadas | 48 | 24 | 1 | .5 | 49 | 12 |
| | Profesional | 38 | 19 | 0 | 0 | 38 | 9.5 |
| | Agricultoras | 5 | 2.5 | 57 | 28.5 | 62 | 15.5 |
| | Hogar | 109 | 54.5 | 142 | 71.0 | 251 | 63 |

Fuente: Cédula de características sociodemográficas 2004 (CCS) n = 400.

reproductivas no contempladas por NOM-041-SSA2,⁹ como la lactancia materna muestra que el 51.5% de la población urbana y el 76% de la rural practicó la lactancia materna.

En relación a los antecedentes familiares de CM y de otros cánceres en la mujer se encontró que las mujeres de población urbana, el 9% tenían antecedentes de cáncer en familiares de primer grado y el 18% en familiares de segundo grado. El 5% de la población rural/indígena mostró antecedente en familiares de primer grado.

El consumo de alcohol y cigarro se reportan en mayor proporción en la población urbana, 22% dijo haber consumido alguna vez bebidas alcohólicas y solo el 15.5%, dijo consumirla actualmente. El 17 % de las encuestadas dijo haber fumado alguna vez, pero solo el 12.5% opinan continuar con esta costumbre.

Dentro de los factores de riesgo para CM contemplados por la NOM-041-SSA2,⁹ en la población urbana la edad mayor de los 40 años se presentó con mayor frecuencia (41%) seguida por nuligesta (31%) y la obesidad (29%) mientras que para la población rural la edad mayor de 40 años fue relativamente mayor (46%) y la obesidad (36%) (Tabla 2).

Los resultados muestran mayor proporción en los factores de riesgo para CM en la población urbana que en la rural (Tabla 3, Fig. 1), evidencias que reportan de dos a cuatro factores de riesgo en un 52%, para la población urbana y un 14.5% para la población rural/indígena. Los factores de riesgo para CM que reportaron mayor proporción fueron edad mayor de 40 años en un 41%, obesidad 29%, menarca antes de los 12 años en 25% y nuliparidad en 31% para la población urbana, por su parte, en la población rural/indígena se presentó la edad mayor a 40 años en un 46% y obesidad en 36%, menarca antes de los 12 años en 4%, menopausia después de los 50 años 7%. Otros factores estudiados que mostraron mayor proporción fue el consumo de alcohol en 15.5% y consumo de cigarro en 12.5% en mujeres de población urbana.

DISCUSIÓN

El cáncer mamario es la patología neoplásica más frecuente y la mayoría de los casos corresponde a estados tempranos de la enfermedad.⁹ Son escasos los estudios relacionados al cáncer de mama con factores individuales asociados al nivel socioeconómico; sin embargo los estudios revisados sugieren que las mujeres de mayores recursos que residen en áreas urbanas tienen mayor riesgo. Parte de la explicación de este incremento se encuentra en cambios en el estilo de vida de la población y en los patrones reproductivos, aunque

estudios sugieren que las mujeres de áreas rurales/ indígenas están desprotegidas se identificó menor proporción de factores de riesgo que aquellas de mayores recursos.¹⁰

En el presente estudio la edad se identificó como factor de riesgo en un 44%, en ambas poblaciones se ubicaron en el grupo etario de 40 a 65 años, datos que coinciden con la NOM,⁹ es de esperar que la transición demográfica tenga un mayor impacto en la prevalencia del CM, puesto que las mujeres adultas serán mayores y más susceptibles a desarrollar enfermedades crónicas degenerativas, como ocurre en países desarrollados.^{2,7}

Los factores reproductivos se asocian a un incremento de riesgo, las mujeres de población urbana presentaron mayor prevalencia de historia reproductiva como: menarca antes de los 12 años, nuliparidad, la no práctica de la lactancia materna y primer embarazo después de los 30 años, resultados similares a lo encontrado por, Lenis y Esparza,¹⁰ López et al.,¹¹ y Montiel y Urquidi,⁶ sin embargo las mujeres de población rural/indígena reportaron baja proporción, estos datos pueden relacionarse con el hecho de que preservan sus patrones reproductivos como son multiparidad, práctica de lactancia materna e inicio del primer embarazo antes de los 20 años. Por otro parte González Meriño¹² y licznarska y col.¹³ señalan que es difícil establecer la asociación entre el CM y el consumo de hormonas sustitutivas por lo se tendría que analizar los beneficios y riesgo para tratar las manifestaciones de la menopausia.

Se encontró proporciones altas de obesidad en ambas poblaciones, sin embargo, la población rural/indígena presentó mayor prevalencia de obesidad, datos parecidos a lo reportado por Salazar y cols.¹⁴ quienes encontraron proporciones similares de obesidad en mujeres mayores de 45 años. Aunque en las regiones del norte la incidencia de obesidad es más alta que en los Estados del sur, estos datos no difirieron a pesar de tratarse de poblaciones diferentes.

De los factores no incluidos en la NOM -041-SSA2, existe pocas investigaciones sobre el consumo de alcohol y cigarro. Morch y cols.¹⁵ consideran que la ingesta de alcohol como factor de riesgo depende del sexo, edad y de la variación genética, entre otros factores, en el presente trabajo se encontró que el consumo de alcohol y cigarro fue mayor en población urbana que en la rural, mismos identificados por Aranson⁷ el cual considera que a mayor consumo la probabilidad de riesgo en la presencia de CM incrementa.

Cabe considerar que estos factores son contemplados como factores modificables mismos y que pueden ser controlados en comparación a otros factores no modificables como la edad y factores familiares.

Tabla 2. Factores de riesgo para CM de las mujeres de 25 a 65 años de edad entre población urbana y rural/indígena.

| Riesgo | Presencia | Residencia | | | | Total | |
|--|-----------|-----------------|--------------|----------------|-------------|------------|----------|
| | | Urbana n=200 | | Rural n=200 | | f | % |
| | | f | % | f | % | | |
| Edad después de los 40 años. | Si No | 82 118 | 41 59 | 92 108 | 46 54 | 174 226 | 44 56 |
| Obesidad. | Si No | 58 142 | 29 71 | 72 128 | 36 64 | 130 270 | 33 67 |
| Antecedentes personales de CM | Si No | 2 198 | 1 99 | 0 200 | 0 100 | 2 398 | 1 99 |
| Método de diagnóstico de biopsia de mama. | Si No | 15 185 | 8 92 | 0 200 | 0 100 | 15 385 | 4 96 |
| Edad de la menstruación antes de los 12 años. | Si No | 50 150 | 25 75 | 8 192 | 4 96 | 58 342 | 15 85 |
| Edad del primer embarazo después de los 30 años. | Si No | 8 192 | 4 96 | 2 198 | 1 99 | 10 390 | 3 97 |
| Nuligesta. | Si No | 62 138 | 31 69 | 7 193 | 3 97 | 69 331 | 17 83 |
| Edad de la menopausia después de los 50 años. | Si No | 9 191 | 5 95 | 14 186 | 7 93 | 23 377 | 6 94 |
| Antecedentes familiar con cáncer de mama y ovario. | Si No | 13 187 | 7 93 | 0 200 | 0 100 | 13 387 | 4 96 |
| Alimentación al seno materno. | Si No | 122 78 | 61 39 | 191 9 | 95 5 | 313 87 | 78 22 |
| Tratamiento hormonales sustitutivos. | Si No | 19 181 | 9.5 90.5 | 0 200 | 0 100 | 19 381 | 5 95 |
| Consumo de alcohol. | Si No | 75 125 | 37.5 62.5 | 20 180 | 10 90 | 85 315 | 21 79 |
| Consumo de cigarro. | Si No | 59 141 | 29.5 70.5 | 5 195 | 2.5 98.5 | 64 336 | 16 84 |

n = 400

CONCLUSIÓN

1. Es necesario realizar estudios de investigación en las mujeres de poblaciones urbanas y rurales/indígena sobre el peso del valor predictivo de los factores de riesgo para CM, para conocer si la prevalencia en ambas contribuye en la ocurrencia de la enfermedad.
2. Utilizar los hallazgos de este estudio para promover

programas orientados a disminuir o controlar los factores de riesgo para CM, en poblaciones urbana rural/indígena.

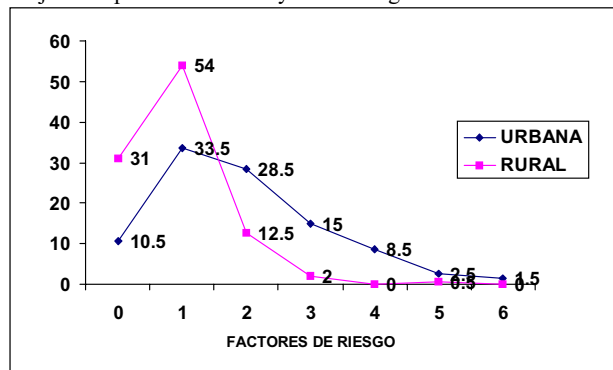
3. Por último en estudios futuros es importante generar líneas de investigación sobre procesos culturales y económicos y estilos de vida como consumo de alcohol y cigarro que puedan sustentar, la identificación de las mujeres en riesgo para CM, por otra parte el impacto de la lactancia materna, el consumo de tratamiento hormonal de reemplazo, como medida de prevención primaria.

Tabla 3. Prevalencia de los factores de riesgo para CM de las mujeres de población urbana y rural/indígena.

| Números de Factor de Riesgo | Residencia | | | | Total | |
|-----------------------------|--------------|------|-------------|------|-------|------|
| | Urbana n=200 | | Rural n=200 | | | |
| | f | % | f | % | f | % |
| 0 | 21 | 10.5 | 62 | 31.0 | 83 | 20.8 |
| 1 | 67 | 33.5 | 108 | 54.0 | 175 | 43.8 |
| 2 | 57 | 28.5 | 25 | 12.5 | 82 | 20.5 |
| 3 | 30 | 15.0 | 4 | 2.0 | 34 | 8.5 |
| 4 | 17 | 8.5 | 0 | 0 | 17 | 4.2 |
| 5 | 5 | 2.5 | 1 | .5 | 6 | 1.5 |
| 6 | 3 | 1.5 | 0 | 0 | 3 | .7 |
| Total | 200 | 100 | 200 | 100 | 400 | 100 |

n=400

Figura 1. Prevalencia de los factores de riesgo para CM en las mujeres de población urbana y Rural/indígena.



REFERENCIAS

1. Clemons M, Goos P. Mecanismo de la enfermedad, estrógeno y el riesgo de cáncer de mama. Sociedad Médica de Massachussets, 2001; 344(4): 276-285.
 2. Lazcano PE, Tovar PR, Romieu IM, López LC. Cáncer de mama, un hilo conductor histórico, presente y futuro. Salud Pública de México. 1996; 38:139-152

3. Evans D, Lallo F. (2002). Evaluación de riesgo y control del cáncer en familias con riesgo alto. Journal de Medicina Genética 2002; 39: 865–871.
 4. Secretaría de Salud del Estado de Tabasco. Programa de Cáncer Mamario, Dirección de Prevención, México. 2001
 5. Instituto Nacional de Estadística Geográfica e Informática [INEGI]. (2000). XII Censo General de Población y vivienda, Tabasco México. 5. Secretaría de Salud. (2002). Norma Oficial Mexicana. 041-[SSA2] para la Prevención, Diagnostico, Tratamiento, Control, y Vigilancia Epidemiológica del Cáncer de Mama. D.F. Diario Oficial de la Federación.
 6. Montiel MC, Urquidi LT. Factores de riesgo asociado a cáncer cervicouterino y de mama. Revista Sonorense de Psicología 1998; 1:30-36.
 7. Aranson K. El alcohol un factor de riesgo para cáncer de mama. Periódico de la Asociación Médico Canadiense, 2003; 168:1147.
 8. Organización Mundial de la Salud [OMS]. Boletín de la Organización Mundial de la Salud. 114ª. Edición.
 9. Secretaría de Salud. (2001-2006). Programa Nacional de Salud [PNS] México
 10. Lenis NN, Esparza DC. (1998). Cáncer de mama: diagnóstico, tratamiento seguimientos. Universidad de Caldas Manizales, Colombia 1998; 10,117-119.
 11. López LC, Torres LS, López MC, Rueda CN. Identificación de lesiones mamarias malignas en México. Salud Pública de México 2000; 43 (3): 199-202.
 12. González MMA. Terapia de reemplazo hormonal y cáncer mamario Rev. Colombiana Cir 2004;19(4):238-242.
 13. Licznarska BE, Bear-Dobowska W. Controversias over hormona replacement therapy. HRT as a risk factor of breast cancer in posmenopausal women. Acta Pol.Pharm 2005; 62(3): 241-7.
 14. Salazar EL, García, MO, Ávila AO. Factores de riesgo y su correlación con algunos marcadores tumorales en la incidencia de cáncer mamario en pacientes premenopausia y postmenopausia. Revista de Ginecología y Obstetricia de México, 1998; 66 (653): 263-265.
 15. Morch LS, Becker U, Olsen J, Tjonneland AM, Groenbaek MN. Should the sensible drinking limits for adults be changed. Ugeskr Laeger 2005; 167 (40): 3777-9.

AGRADECIMIENTO

Los autores del presente trabajo agradecen al; Dr. Marco Antonio Serrano Rivera, Jefe Jurisdiccional N0. 15 de Tacotalpa Tab. por su apoyo en las entrevista de las mujeres de las comunidades de Guayal y Raya de Zaragoza. Y al departamento de Calidad y Enseñanza del Hospital de la Mujer, a través del Dr. Luis Gómez Valencia por su estructuración y recomendaciones en el desarrollo del manuscrito.