

# Características asociadas a esquizofrenia en pacientes ya diagnosticados

## Characteristics associated with schizophrenia in patients already diagnosed

Dulce Ivonne Olvera López\*, Fernando González Ortiz\*

\*Facultad de Medicina, Universidad Veracruzana, Ciudad Mendoza, Ver.

### Correspondencia:

Dulce Ivonne Olvera López  
Facultad de Medicina  
Universidad Veracruzana  
Calle Carrillo Puerto y Benito Juárez  
Colonia Centro  
Cd Mendoza, Ver.  
CP94740  
Cd Mendoza, Ver  
Tel: (272) 7267309  
e-mail: f\_ortiz03@hotmail.com

Recibido para su publicación: 27-04-2015

Aceptado para su publicación: 10-05-2015

### RESUMEN

**Introducción:** La esquizofrenia es un trastorno crónico, severo e incapacitante que ha afectado a las personas a lo largo de la historia. Alrededor de un 1 por ciento de la población mundial la padece. **Objetivos:** Determinar los factores asociados de la prevalencia de esquizofrenia en pacientes ya diagnosticados. **Material y métodos:** Estudio descriptivo, Se seleccionó una serie de 34 registros clínicos de pacientes previamente diagnosticados con Esquizofrenia.; Se evaluó, los antecedentes heredofamiliares, edad, fecha de nacimiento y asociación con otras patologías psiquiátricas así como toxicomanías, lo cual permitió describir características de estos con la esquizofrenia. **Resultados:** 16 pacientes (47.1%) sexo femenino, 18 sexo masculino (52.9%). Mayores de 35 años (70.5%), 12 mujeres (41.2%), masculinos (29.4%); en el grupo de 25 a 35 años 6 pacientes (17.7%) con una relación hombre-mujer 2:1, el grupo de menores 25 años 4 (11.7%), todos masculinos. trastornos del estado de ánimo y ansiedad; encontrado 12 pacientes con sintomatología

de ansiedad (35.2%), mientras que sólo un paciente cumplió los criterios que lo ubican en trastornos del estado de ánimo (2.9%). **Conclusiones:** Existe prevalencia igual de trastornos de ansiedad en ambos sexos, un paciente presentó depresión severa (ameritó internamiento). La literatura reporta una tendencia hacia el sexo femenino, relación 2/1, antes de 35 años y disminuyendo a 1.3/1 después de 35 años; Dentro de la asociación de la esquizofrenia con otras patologías psiquiátricas se abarcaron los diagnósticos previos de trastornos del estado de ánimo, ansiedad y trastornos no especificados.

**Palabras clave:** esquizofrenia, factores asociados, ansiedad, psiquiátrico.

### ABSTRACT

**Introduction:** Schizophrenia is a chronic and severe disease that has affected millions of people through history. About 1 percent of the world population suffers schizophrenia. **Objective:** To determine the factors associated with the prevalence of schizophrenia in

# Características asociadas a esquizofrenia en pacientes ya diagnosticados

patients who are already diagnosed. **Material and Methods:** A descriptive study, a serie of 34 clinical records of previously diagnosed patients were selected; We evaluated the familiar history, age, date of birth and association with other psychiatric disorders and addictions, allowing us to describe their characteristics. Analysis with descriptive statistics. **Results:** 16 patients (47.1%) females, 18 males (52.9%). Older than 35 years (70.5%), 12 women (41.2%), male (29.4%); in the group of 25-35 years 6 patients (17.7)% with a male/female ratio 2: 1, the age group under 25 years 4 (11.7%), all male. Mood disorders and anxiety; we found 12 patients with symptoms of anxiety (35.2%), there was only one patient that met the criteria of place mood disorders (2.9%). **Conclusions:** The prevalence of disorders like anxiety in both sexes, one patient had severe depression. The literature reports a trend towards female ratio 2/1, before declining 1.3 / 1 after 35 years; within the association of schizophrenia with other psychiatric disorders prior diagnoses of mood disorders, anxiety disorders not specified were covered.

**Keywords:** schizophrenia, associated factors, anxiety, psychiatric.

## INTRODUCCIÓN.

La esquizofrenia es una de las enfermedades que más se ha estudiado desde todos los tiempos y múltiples perspectivas (médico, filosófico, esotérico etc). Según los conocimientos actuales, puede considerarse un grupo heterogéneo de síndromes de etiología desconocida, que difieren en sintomatología, curso y resultado final, y cuyo diagnóstico descansa fundamentalmente en criterios clínicos.<sup>(1)</sup> La complejidad de la esquizofrenia también se extiende a su etiología, ya que la evidencia epidemiológica sugiere que este es un trastorno de origen multifactorial, involucrando factores tanto genéticos como ambientales. Además, los factores genéticos parecen ser de gran complejidad, involucrando mutaciones en cientos de genes.<sup>(2)</sup> Así mismo es uno de los trastornos mentales más desafiantes para la comprensión humana y la explicación científica. Es más frecuente en hombres; la razón hombre:mujer se ha estimado en 1,4:1, aunque en casos de inicio tardío esta razón es de 0,38:1.<sup>(3)</sup>

La Esquizofrenia tiene un componente genético es algo que no se puede dudar. Basta con pensar que la

prevalencia en la población general se sitúa entre el 0,1% y el 1%, pero aumenta dramáticamente en los familiares de pacientes esquizofrénicos.<sup>(4)</sup> Con familiares de primer grado se aumenta la probabilidad (entre 2% y 9%) de presentar esquizofrenia a diferencia del resto de la población. Este riesgo disminuye en familiares de Segundo grado (2%-6%) y en familiares de tercer grado (2%)<sup>(5)</sup>

## MATERIAL Y METODOS

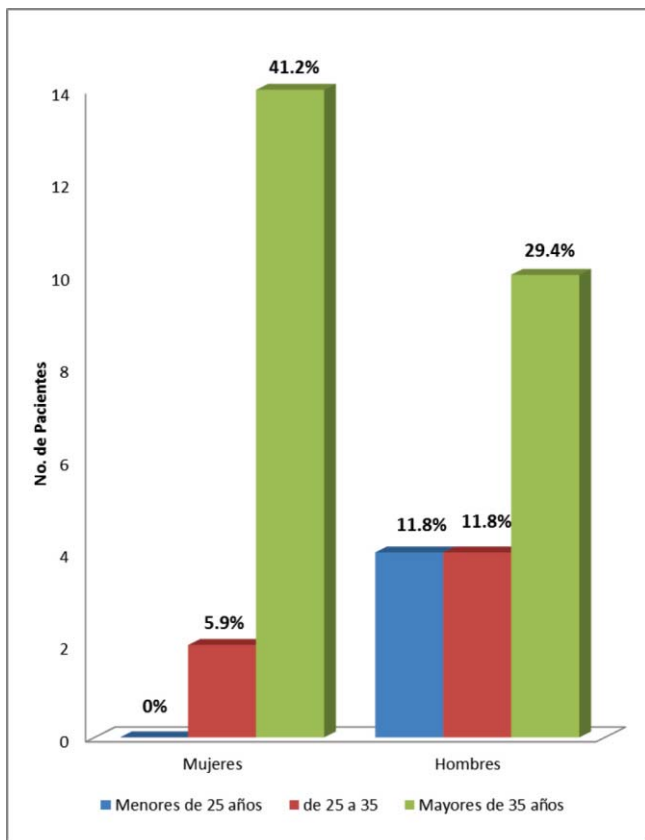
Se realizo un estudio descriptivo efectuado en población abierta con diagnóstico previo de esquizofrenia, llevado a cabo en los meses de Marzo a Octubre 2013, en la región de Orizaba en la "Clinica psiquiatrica Citlaltepetl" , bajo muestreo no probabilístico por conveniencia.

Con ayuda de el departamento de archivo clinico se seleccionó una serie de 34 registros clínicos de pacientes previamente diagnosticados con esquizofrenia, en ambos sexos. Previo diseño de un instrumento y consentimiento informado, con el apoyo de un psiquiatra certificado, se obtuvo de todos los registros seleccionados que cumplieran con el diagnóstico de esquizofrenia, las siguiente variables: edad, sexo, religión, ocupación, grado de estudios, migración en los últimos años, antecedentes heredofamiliares, fecha de nacimiento, edad de diagnóstico, diagnósticos previos de patologías psiquiátricas, consumo de drogas y toxicomanías; esto permitió describir la frecuencia de estas características. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS v22.0.

## RESULTADOS

Se estudiaron 34 pacientes seleccionados de manera aleatoria, de acuerdo a los criterios establecidos en el protocolo. De los cuales 16 pacientes correspondiente al 47.1% pertenecen al sexo femenino, mientras que 18 pacientes fueron del sexo masculino (52.9%). En relación a la edad se encontró una tendencia mayor en pacientes por arriba de 35 años, 70.5% de la muestra total, donde encontramos una prevalencia mayor en mujeres (41.1%), en relación al hombre (29.4%); en el grupo de edad correspondiente al rango de 25 a 35 años se encontraron 6 pacientes, mostrando una relación hombre-mujer 2:1; y finalmente en el grupo de edad correspondiente a los menores de 25 años, se estudiaron a 4 pacientes (11.7%), todos del sexo masculino. (Figura 1)

# Características asociadas a esquizofrenia en pacientes ya diagnosticados



**Figura 1. Relación entre sexo y edad en pacientes con esquizofrenia (n=34)**

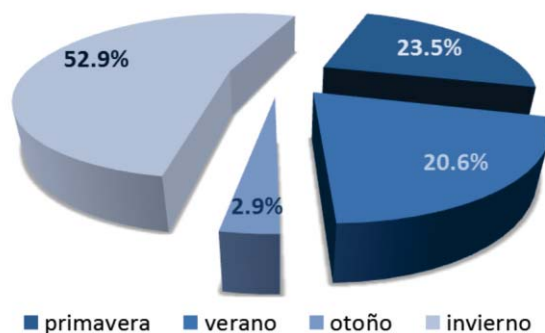
En cuanto a la ocupación, 5 pacientes, correspondientes al 14.7%, son trabajadores activos; 11 pacientes, equivalentes al 32.4% son desempleados, y 15 pacientes, que corresponden al 44.1%, se encuentran internados en alguna institución psiquiátrica; solo 3 pacientes de la muestra cursan estudios actualmente.

En relación a al grado de escolaridad se encontraron 3 pacientes analfabetas (8.8%); la mayoría, 11 pacientes, que corresponden al 32.4%, tienen primaria concluida; 5 pacientes (14.7%), tienen secundaria concluida; pacientes con estudios de preparatoria concluidos se encontraron 7, correspondiendo al 20.5% de la muestra total, y un número total de 8 pacientes, tenían licenciatura o un grado mayor de estudios.

Sobre la edad de diagnóstico, 4 pacientes fueron diagnosticados antes de los 25 años (11.7%); 12 pacientes fueron diagnosticados después de los 35 años (35.2%) y en su mayoría (52.9%) fueron diagnosticados entre los 25 a 35 años.

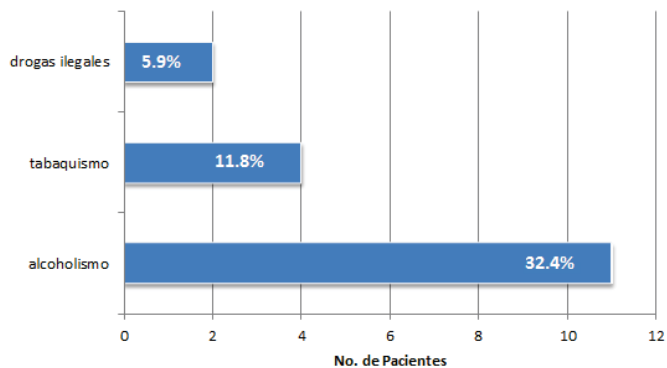
Según las variables analizadas, se tomó en cuenta la

estación del año, de acuerdo a algunos estudios que sugieren mayor prevalencia de esquizofrenia en pacientes nacidos durante estaciones de otoño e invierno. Se encontró un total de 18 pacientes nacidos en invierno (52.98%), seguido de 8 pacientes nacidos en primavera (23.5%); 7 pacientes nacidos en verano (20.5%) y únicamente un paciente nacido en otoño (2.9%). (Figura 2)



**Figura 2. Nacimientos por época estacional del Año en pacientes con esquizofrenia (n=34)**

Sólo 8 pacientes dentro de la muestra cuentan con antecedentes heredo-familiares (23.5%); el resto no indicó tenerlos. En relación a las toxicomanías, únicamente 2 pacientes tenían registrado como antecedente, el uso de drogas (5.8%); el tabaquismo por otro lado, estuvo presente en 4 pacientes (11.7%), y en el alcoholismo se encontró un total de 11 pacientes correspondiendo al 32.3%. (Figura 3).



**Figura 3. Toxicomanías en pacientes con Esquizofrenia (n=34)**

# Características asociadas a esquizofrenia en pacientes ya diagnosticados

Se encontró un total de 13 pacientes con comorbilidad a otras patologías psiquiátricas, dividiéndolas para su estudio en: trastornos del estado de ánimo y trastornos de ansiedad; encontrado 12 pacientes con sintomatología de ansiedad (35.2%), mientras que sólo un paciente cumplió los criterios que lo ubican en trastornos del estado de ánimo (2.9%)

## DISCUSIÓN

En efecto la incidencia de esquizofrenia tiene un alto índice en personas nacidas en la estación de invierno, sin antecedentes heredofamiliares, se propone el investigar más a fondo esta relación, vigilar a los pacientes menores de 18 años con alucinaciones y trastornos mentales. De igual manera tomar como un factor de riesgo y pronóstico la época estacional, debido a un alto índice de pacientes nacen en invierno. Es importante el tomar la época estacional como un dato importante en el interrogatorio, no solo de pacientes que lleven diagnóstico de esquizofrenia, sino también en pacientes que presenten cuadros de trastornos de ansiedad. Se han realizado numerosos estudios de gemelos, identificándose una concordancia en monocigóticos del 27% al 69%, y en dicigóticos del 5% al 31%. Este tipo de estudio muestra que la esquizofrenia es una enfermedad predominantemente genética, con una heredabilidad cercana al 80%. Entre los múltiples factores que se han relacionado con el curso de la enfermedad, están la edad de inicio y el sexo. En varios estudios se ha reportado que las mujeres presentan inicio más tardío y menor gravedad de la enfermedad, en hombres se ha encontrado un peor funcionamiento premórbido, más síntomas negativos y cognoscitivos, así como una mayor frecuencia de anomalías cerebrales estructurales o trastornos neuropsicológicos.<sup>(3-5)</sup>

La esquizofrenia es indudablemente una enfermedad heterogénea y refleja ser la influencia de numerosos factores ambientales, genéticos y ciertas condiciones psicosociales. El pico de su incidencia se sitúa en torno a los veinte años, con comienzos subclínicos entre los quince y diecisiete años. Los pacientes en primer episodio presentaban una edad promedio de 25.3 años, siendo un 52% de sexo masculino. En las últimas décadas se ha estudiado la presencia de anomalías físicas menores (AFM) en esquizofrenia. Cada vez hay más evidencias que favorecen el comienzo prenatal de la esquizofrenia. Estas evidencias apuntan hacia factores medio ambientales intrauterinos que actúan específicamente durante el segundo trimestre de

embarazo produciendo un daño directo del cerebro del feto.<sup>(6,10)</sup>

Entre los posibles agresores medio-ambientales se han descrito entre otros, el alcohol, el calor, las radiaciones, la falta de oxígeno, problemas nutricionales, bridas amnióticas y los virus. Entre estos últimos son bien conocidos los efectos deletéreos del virus de la rubéola, el citomegalovirus y los virus herpes por el daño directo que producen en el cerebro. La rubéola en el primer trimestre, polio en el segundo trimestre, varicela en el nacimiento, herpes virus, o de meningitis durante la infancia. Los rasgos de personalidad están presentes en todos los individuos, y es la desviación en el nivel cuantitativo de los mismos lo que caracteriza los rasgos anormales que constituirán los trastornos de personalidad. El 60% de los pacientes con esquizofrenia tenían rasgos de personalidad anormales premórbidos que iban de una intensidad leve a grave.<sup>(4-10)</sup>

A pesar que sólo el 1.0 % de la población mundial se ve afectada por la esquizofrenia, el cuidado de este tipo de desorden consume aproximadamente entre el 1.6% al 2.6% del total de los costos en salud de los países occidentales desarrollados. Entre el 70% y el 80% del total de estos costos se debe a hospitalizaciones requeridas por enfermedad de base. Se estima que el incumplimiento es responsable de por lo menos un 40% de todas las recaídas puede llegar hasta un 73% en el caso de exacerbaciones que requieren hospitalización. Después de un primer episodio de la psicosis, el 33% a 44% de los pacientes suspenden el tratamiento farmacológico a los seis meses y el 59% lo ha suspendido en el primer año. Las cifras de incumplimiento en la psicosis en general, oscilan entre el 40% y el 80%. Los estudios muestran que el 60% de medicamentos se toman incorrectamente o no se toman en su totalidad.<sup>(11-13)</sup>

## CONCLUSIONES

De la serie de casos registrados por los autores se puede ver una obvia tendencia hacia el sexo femenino, siendo una relación 2:1 antes de los 35 años y disminuyendo a 1.3:1 después de los 35 años. Siendo estos resultados concordantes con el resto de la bibliografía revisada<sup>(1)</sup>. Se obtiene una tendencia a favor de la mujer a edades tempranas para el desarrollo de esquizofrenia, que con la edad va emparejándose con la morbilidad vista en el hombre a edades mayores de 35 años.

Dentro de la asociación de la esquizofrenia con otras patologías psiquiátricas se abarcaron los diagnósticos

# Características asociadas a esquizofrenia en pacientes ya diagnosticados

previos de trastornos del estado de ánimo, ansiedad y trastornos no especificados. Se observó una prevalencia igual de trastornos de ansiedad en ambos sexos. Mientras que únicamente un paciente presentó un cuadro clínico de depresión severa que amerita internamiento. Siendo esta información discordante con la obtenida en los artículos de revisión que han mencionado que la depresión suele presentarse asociada a esquizofrenia en mujeres principalmente <sup>(4,3)</sup>. Es importante decir que los trastornos de ansiedad en su mayoría surgen mucho antes que la esquizofrenia y podrían incluso enmascarar las primeras etapas de esta enfermedad.

En cuanto a la asociación con la edad los trastornos de ansiedad se expresan principalmente en pacientes mayores de 35 años en mayor proporción y en menor medida se muestran entre los 25 a 35 años, dejando a edades menores de 25 años sin ningún diagnóstico de patología psiquiátrica asociada. Esto tal vez por el mayor tiempo de expresión de síntomas que no encajan con el cuadro clínico de esquizofrenia y obligan al médico a buscar diagnósticos alternos. Estos datos terminan siendo poco concluyentes ya que en la mayoría de los pacientes que se estudiaron los antecedentes psiquiátricos no se estudiaban a fondo por lo aparatoso que en su inicio resultaba el cuadro de esquizofrenia.

En la bibliografía revisada se habla de diagnóstico de presunción que terminan siendo la primera etapa de una esquizofrenia <sup>(5,3)</sup>. Por lo cual el diagnóstico inicial se abandona y el padecimiento al que se da importancia es únicamente a la esquizofrenia. Por esta razón los trabajos de investigación que actualmente se encuentran disponibles brindan poca información de dicha asociación.

La investigación actual apunta a que probablemente estos trastornos de ansiedad que se observan en pacientes con esquizofrenia aun no diagnosticada sean los pródromos de una alteración en la conducción nerviosa que comienza por manifestarse como ansiedad y culmina años después como un cuadro florido de esquizofrenia <sup>(6,7,8)</sup>. Sin embargo como ya hemos mencionado los estudios son escasos y poco objetivos según la serie de pacientes que nosotros analizamos en este trabajo. Actualmente el problema con la comorbilidad es la escasa atención que se presta al resto de los diagnósticos (no solo psiquiátricos) ante lo aparatoso de un cuadro de esquizofrenia. Según las variables analizadas, se tomó en cuenta la estación del año, de acuerdo a algunos estudios que sugieren mayor prevalencia de esquizofrenia en pacientes nacidos durante estaciones de otoño e invierno <sup>(8,7)</sup>. Se

encontró concordancia con la bibliografía ya que la mayoría de los pacientes estudiados mostraron haber nacido en época de invierno por lo que se debería considerar como un factor de riesgo para esquizofrenia y como un factor pronóstico en enfermedades psiquiátricas principalmente trastornos del estado de ánimo.

Las toxicomanías en su mayoría fueron negadas por los pacientes y solo un pequeño grupo fue positivo principalmente a tabaquismo. Según la bibliografía podemos entender la enfermedad mental como primaria, siendo el abuso de sustancias una consecuencia; por otro lado, el trastorno psiquiátrico podría ser considerado también como secundario al abuso de drogas. Asimismo, se pueden explicar ambas patologías (esquizofrenia-drogadicción) como independientes o con una etiología común <sup>(3-9)</sup>

## REFERENCIAS

1. Pérez M. Esquizofrenia y cultura moderna: razones de la locura. *Psychothema*. 2012; 24(1): 1-9.
2. Gerbaldo V. Esquizofrenia una aproximación a su detección temprana. *Fac. de humanidades depto. De investigación*. 2012; 322: 7-14.
3. Gejman P, Sanders A. La etiología de la esquizofrenia. *Center for psychiatric Research Institute*. 2012; 72(1): 227-34
4. Valiente A, Bioque M, Cabrera B, Bernardo M. La interacción gen-ambiente avanzando hacia el futuro en la investigación de la esquizofrenia. *Interpsiquis*. 2012; 11: 2-3
5. Aguilar A. identificación de factores genéticas en la etiología de la esquizofrenia. *Acta biológica Colombiana*. 2011; 16(3):129-38
6. Sanchez R, Tellez G, Jaramillo E. Edad de inicio de los síntomas y sexo en pacientes con esquizofrenia. *Biomédica*. 2012; 32: 206-13
7. Manseur H, Manchester J, France C, Border K. An update on the epidemiology of Schizophrenia with a special reference to clinically important risk factors. *Internal Journal of mental Health*. 2011; 9: 39-59
8. Mesa S. Origen prenatal de la esquizofrenia estudio con técnicas de microscopia electrónica. *Interpsiquis*. 2011; 11: 3-9

# Características asociadas a esquizofrenia en pacientes ya diagnosticados

9. Leucht S, Burkard T, Henderson J. Physical illness and schizophrenia. *Acta psychiatrica Scandinavica*. 2011; 116: 317-33
10. Rivero O. bases genéticas de la esquizofrenia: aspectos emocionales, cognitivos y neuroanatómicos. Universidad de Valencia. 2011; 41: 84-90
11. Amezcua L, Barrera A, Vargas T. Prevalencia y factores asociados a la no adherencia al tratamiento farmacológico con antipsicóticos en pacientes adultos con esquizofrenia. Universidad del Rosario. 2012: 9-20
12. Boreu Q, Álvarez M, Santos G. Trauma infantil y esquizofrenia. *Psi. Biol. hospital general de Barcelona*. 2010; 16(3): 137-9.
13. Ruiz J, Vega C, Sánchez P. Bases neurobiológicas de la esquizofrenia. *Clínica y salud*. 2010; 21(3): 235-54.
14. Guizar D, Saracco R, Fresan A. Rasgos de personalidad en paciente con esquizofrenia. *Salud mental*. 2012; 35: 339-44
15. Jiménez L, Raventos H, Escamilla M. Substance use disorder and schizophrenia. *Actas españolas psiquiátricas*. 2011; 39(2): 123-30.
16. Cuevas J, Campayo A, Gutiérrez L, García P. Fundamentos y hallazgos de la neuroimagen en la esquizofrenia. *Neurología*. 2011; 52(1): 27-36.
17. Linares G. Esquizofrenia: visión actual epidemiológica. Universidad de Belgrano. 2011: 3-12
18. Babinkostova Z, Stefanovski B, Naunova S. Depression intensity in patients with Schizophrenia. *Macedonian Journal of medical sciences*. 2011; 4(2): 174-9
19. Barrigete J. Dificultad diagnóstica y terapéutica en el trastorno psicótico de inicio tardío. *Salud mental*. 2011; 34: 175-9
20. Pérez R, Cooper D. Diagnóstico diferencial de pacientes con un primer episodio psicótico. *Neurociencia*. 2011; 16(2): 76-8.
21. Ocio S, Hernández M, Gonzales M. Estrategias farmacológicas de intervención terapéutica: La construcción de la adherencia en el paciente con esquizofrenia. *Interpsiquis*. 2010: 2-14.
22. Alberdi J, Castro C, Vazquez C. Esquizofrenia visión actual. *American Psychiatric Association*. 2011; 349: 1738-49.
23. Fonseca E, Santarén M, Paino M, Sierra S. Síntomas psicóticos subclínicos en población general adolescente. *Salud mental*. 2012; 7: 21-8.
24. Tandon R, Nasrallah H, Keshavan M. Schizophrenia, "just the facts" clinical features and conceptualization. *Elsevier*. 2011; 110: 1-23.
25. Doorduyn J, Vries E, Willemsen A, Groot J, Klein H. Neuroinflammation in schizophrenia-related psychosis. *Society of nuclear medicine*. 2010; 11: 31-7.
26. Tamminga C, Stan A, Wagner A. The hippocampal formation in schizophrenia. *Psychiatric Journal*. 2011; 167: 1178-93.
27. Tomas P, Fuente I, Roder V, Ruiz J. Cognitive rehabilitation programs in schizophrenia. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*. 2010; 10(2); 191-204.
28. Bastani B, Kwon K. A prospective study of schizophrenic patient and resistant treatment. *Psychopharmacology*. 2010; 25: 99-102.
29. Dessavre T, Ponce M. Terapia electroconvulsiva y uso de fármacos en el tratamiento de la esquizofrenia. *Psiquiatría clínica moderna*. 2011; 5: 408-83.
30. Ibacache L, Minoletti A, Flores L. Orientaciones técnicas para el tratamiento y rehabilitación de las personas afectadas de esquizofrenia. Ministerio de Salud de Chile. 2012: 62-84.

# Cultura preventiva para detección de cáncer de mama en mujeres de zona urbana vs marginada.

## Preventive culture for the breast cancer screening in urban women vs marginalized women.

María Graciela Carrillo Toledo\*, Cecilia Margarita González Gálvez\*\*, Carmen Sofía del Socorro Silva Cañetas\*, Josué Pérez Acosta\*.

\* Instituto de Investigaciones Médico Biológicas, Universidad Veracruzana. Veracruz, México.

\*\* Facultad de Medicina, Universidad Veracruzana. Veracruz, México.

### Correspondencia:

Dra. María Graciela Carrillo Toledo.  
Instituto de Investigaciones Médico-Biológicas.  
Iturbide s/n entre Carmen Serdán y Av. 20 de noviembre.  
Col. Flores Magón  
C.P. 91900  
Veracruz, Ver.  
Tel. (229) 9322292  
e-mail: grcarrillo@uv.mx

### RESUMEN

**Introducción.** En México, el cáncer de mama ocupa el primer lugar en incidencia de neoplasias malignas en mujeres. La detección precoz mejora sus posibilidades de recuperación y salva la vida de las pacientes. **Objetivo General.** Determinar si existe diferencia en los factores que se asocian a la cultura de prevención para cáncer de mama en mujeres que viven en zona urbana vs zona marginada de Veracruz-Boca del Río. **Material y Métodos.** Estudio observacional, comparativo, prospectivo y transversal. Muestra no probabilística, por conveniencia, se analizaron 200 mujeres del fraccionamiento Floresta (Grupo 1) y 200 de la colonia Miguel Alemán (Grupo 2). Se aplicó cuestionario elaborado para investigar conocimiento y realización de métodos de detección para cáncer de mama, características sociodemográficas y causas personales para esta detección. Los datos se analizaron con estadística descriptiva y Chi cuadrada. **Resultados.** El grado de escolaridad que predominó en el grupo 2 fue secundaria y preparatoria/técnica en 28.5 y 38% respectivamente; en el grupo 1 predominó nivel preparatoria/técnica y universidad en 44 y 43.5%

respectivamente ( $p < 0.05$ , RR 2.1). La realización de la mastografía en tiempo y forma para el grupo 2 fue 31% en comparación con el grupo 1 (71%) ( $p < 0.05$ , RR 5.4). En cuanto a los otros factores estudiados no se encontró diferencia significativa entre ambos grupos.

**Conclusión.** Sí existe diferencia en los factores asociados a la falta de cultura preventiva para cáncer de mama en mujeres de zona urbana vs zona marginada de Veracruz-Boca del Río.

**Palabras clave:** Cultura preventiva, Cáncer de mama.

### ABSTRACT.

**Introduction.** In Mexico, breast cancer ranks first in incidence of malignant neoplasms in women. Early detection improves chances of recovery and saves the life of the patients. **Objective.** Determine if there is a difference in the factors that are associated with the culture of prevention for breast cancer in women living in urban areas vs marginalized areas from Veracruz-Boca del Rio. **Material and methods.** Observational, comparative, prospective and cross-sectional study. Sample not probabilistic. For convenience, 200 women

# Cultura preventiva para detección de cáncer de mama en mujeres de zona urbana vs marginada.

from the fractionation Floresta (Group 1) and 200 of the Miguel Aleman suburb (Group 2) were analysed. Elaborate questionnaire was applied to investigate knowledge and realization of detection methods for breast cancer, socio-demographic characteristics and personal causes for this detection. The data were analyzed with descriptive statistics and Chi-square test. **Results.** The degree of schooling which was predominant in the Group 2 was secondary and preparatory/technique with a 28.5 and 38% respectively as opposed to group 1 where predominated technical/high school and University with a 44 and 43.5% respectively ( $p < 0.05$ , RR 2.1). Mammography in time and form for Group 2 was 31% in comparison with the Group 1 with 71% ( $p < 0.05$  RR 5.4). As for the other factors studied, significant differences between the two groups were not found. **Conclusion.** There is difference in the factors associated with the lack of culture of prevention for breast cancer in women in urban areas vs marginalized areas in Veracruz-Boca del Rio.

**Key words:** Preventive culture, Breast Cancer.

## INTRODUCCIÓN.

A nivel mundial el cáncer de mama es el más frecuente en las mujeres (23% de todos los cánceres) y es la principal causa de mortalidad por cáncer en esta población (14% de las muertes causadas por cáncer en las mujeres). La mortalidad se ha incrementado en 10.9% en los últimos años.<sup>(1,2)</sup> En México, ocupa en la actualidad, el primer lugar en incidencia de las neoplasias malignas en mujeres, con 11.34% de todos los casos de cáncer; hay un incremento global de aproximadamente 1.5% anual.<sup>(2)</sup> El grupo de edad más afectado es entre los 40 y 59 años de edad.<sup>(3)</sup> Existen dos tipos principales: el carcinoma ductal, (70 a 80% de los casos), y el carcinoma lobulillar (5 al 10%). Estos pueden presentarse de forma in situ o progresar a carcinoma invasor.<sup>(4)</sup> Muchos cánceres de mama son sensibles a estrógenos, y se denominan cáncer positivo para receptores de estrógenos.<sup>(5)</sup> En cambio, algunas mujeres tienen cáncer de mama positivo para el oncogen HER2; tienen una enfermedad más agresiva y un riesgo mayor de recurrencia que las mujeres que no tienen este tipo de cáncer.<sup>(6)</sup> Las mujeres con riesgo muy alto de sufrir cáncer de mama pueden someterse a una mastectomía preventiva, antes que el cáncer se desarrolle.<sup>(7)</sup> Aunque muchas mujeres refieren saber la autoexploración, sólo 1 de

cada 3 mujeres lo hacen <sup>(8)</sup>. La ejecución de mastografías en mujeres de 30 a 39 años (12%) y de 40 a 49 años (16%), que viven en zonas rurales, es baja; el seguimiento médico (60%) en los grupos de edad de alto riesgo y con resultados anormales es escaso. Esto se relaciona con la falta de acceso a recursos médicos y la condición indígena de las mujeres.<sup>(9)</sup>

El grado educativo se relaciona con el interés del conocimiento sobre las medidas preventivas para este tipo de cáncer.<sup>(10-11)</sup> En 2009, se evaluaron a 3.060 mujeres entre 25 y 54 años, de 11 centros de salud en 11 ciudades de Irán, sobre conocimientos y actitudes hacia el autoexamen. La mediana de edad fue de 40 años; 1496 realizan el autoexamen, 290 hicieron uso de un método correcto. De 1534 que no lo realizan, 474 no sabe cómo hacer la autoexploración; el resto de ellas no se autoexplora y el conocimiento de las mujeres iraníes no es satisfactorio.<sup>(12)</sup> En otro estudio titulado en 209 mujeres sordas, mayores de 40 años con bajo nivel de escolaridad, en California, se observó que había ideas falsas sobre los factores de riesgo, la detección y el tratamiento; sólo el 64,2% supo correctamente el propósito de la mamografía.<sup>(13)</sup> La Norma Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2002, para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama, marca las Normas a seguir para la autoexploración, mastografía y examen clínico <sup>(14-15)</sup>

## MATERIAL Y MÉTODOS.

Se realizó un estudio bajo el diseño de un modelo observacional, comparativo, prospectivo y transversal. La población de estudio estuvo conformada por mujeres de entre 15 y 75 años que viven en Fraccionamiento Floresta Veracruz, grupo 1 (zona urbana) y la Colonia Miguel Alemán de Boca del Río Veracruz, grupo 2 (zona marginada). La muestra fue de tipo no probabilística, por conveniencia, se seleccionaron y se estudiaron a 200 mujeres de la colonia Miguel Alemán y 200 mujeres del fraccionamiento Floresta, que cumplieron con los criterios de inclusión de la zona de residencia. El estudio se realizó durante el periodo comprendido de febrero- mayo del 2014. Se aplicó un cuestionario que se construyó para investigar las siguientes variables: edad, nivel de escolaridad, estado civil, ocupación, también se incluyeron aspectos sociodemográficos como: la fuente de ingreso económico, el nivel de conocimiento que tenían las participantes con respecto a los métodos preventivos para la detección de cáncer de mama, y si se realizaban estos métodos



# Cultura preventiva para detección de cáncer de mama en mujeres de zona urbana vs marginada.

preventivos. Otras variables evaluadas con este cuestionario fueron el miedo y la vergüenza a realizarse los métodos preventivos y la aprobación de la pareja. La encuesta se aplicó a las 400 mujeres seleccionadas para este estudio con previa firma de consentimiento informado. El cuestionario estuvo conformado por 32 preguntas de las cuales, 27 fueron de opción múltiple y 5 abiertas. Los datos obtenidos se registraron en una base de datos del programa Excel y se analizaron con estadística descriptiva, chi cuadrada y razón de momios, utilizando el programa EPI INFO versión 7.

## RESULTADOS

Se observó que el grupo de edad que predominó en este estudio fueron las mujeres de entre 36 a 55 años, sin diferencia significativa entre ambos grupos. El nivel de escolaridad que fue más frecuente en ambos grupos fue preparatoria/ técnica sin diferencia significativa, el nivel secundaria fue de 28.5 en el grupo 2 y en el grupo 1 fue de 8.5 ( $p < 0.05$ ) RR de 2.1 lo que significa que hay un riesgo dos veces mayor para el grupo marginado de una baja escolaridad. El nivel universitario es más alto en el grupo 1 (43.5%) que en el grupo 2 (13%) ( $p < 0.05$ ).

El estado civil "casada" fue el más frecuente en ambos grupos, sin diferencia significativa. (Tabla 1).

Características		Grupo 1 n	n=200 %	Grupo 2 n	n=200 %	P*
Grupo de edad en años.	15-35	64	32.0	74	37.0	NS
	36-55	99	49.5	90	45.0	
	56-75	37	18.5	36	18.0	
Escolaridad	Ninguna	1	0.5	8	4.0	NS
	Primaria	7	3.5	33	16.5	
	Secundaria	17	8.5	57	28.5	
	Preparatoria/Técnica	88	44.0	76	38.0	
	Universidad	87	43.5	26	13.0	P<0.05
Estado Civil	Soltera	59	29.5	51	25.5	NS
	Casada	105	52.5	88	44.0	
	Unión libre	11	5.5	28	14.0	
	Separada	17	8.5	15	7.5	
	Viuda	8	4.0	18	9.0	

\*Chi cuadrada, razón de momios

Tabla 1. Características de la población. N= 400.

La ocupación ama de casa fue la más frecuente en ambos grupos (39.5% y 44%), seguida de empleada (32% y 36% respectivamente). ( $p > 0.05$ ). En cuanto al nivel socioeconómico la clase pobre fue la que predominó en el grupo 2 en 69 %, en comparación con

el grupo 1 en donde predominó la clase media (38.5% y 1%) y media alta (32% y 0%) con diferencia estadística significativa ( $p < 0.05$ ). (Tabla 2).

# Cultura preventiva para detección de cáncer de mama en mujeres de zona urbana vs marginada.

Características		Grupo 1 n	n=200 %	Grupo 2 n	n=200 %	P*	
<b>Ocupación</b>	Ama de casa	79	39.5	88	44.0	NS	
	Empleada	64	32.0	72	36.0		
	Trabajadora independiente.	21	10.5	24	12.0		
	Jubilada	5	2.5	2	1.0		
	Estudiante	31	15.5	14	7.0		
<b>Nivel socioeconómico</b>	Pobreza extrema.	0	0	0	0	P<0.05	
	Clase pobre.	3	1.5	138	69.0		
	Clase baja	56	28.0	60	30.0		NS
	Clase media	77	38.5	2	1.0		P<0.05
	Clase media alta.	64	32.0	0	0.0		P<0.05
	Clase alta.	0	0	0	0		

\*Chi cuadrada, razón de momios

Tabla 2. Características sociodemográficas de la población en estudio. n=400

No hubo diferencia significativa entre ambos grupos en cuanto a la falta de conocimientos básicos sobre la utilidad de la realización de la autoexploración (76% y 77%) y el examen clínico médico periódico (74% y 79.5%). En conocimientos básicos sobre la realización

de la mastografía, apenas un poco más del 50% de las mujeres del grupo1 (57%) lo tienen, en comparación con el 34.5% del grupo 2 (p<0.05), RR de 2.65 lo que indica que las mujeres que viven en zona marginada no tienen acceso a ese conocimiento. (Tabla 3).

Conocimiento.		Grupo 1. n	n=200 %	Grupo 2 n	n=200 %	p*
<b>Autoexploración</b>	Si	48	24.0	46	23.0	NS
	No	152	76.0	154	77.0	
<b>Examen Clínico.</b>	Si	52	26.0	41	20.5	NS
	No.	148	74.0	159	79.5	
<b>Mastografía</b>	Si	114	57.0	69	34.5	P<0.05
	No.	86	43.0	131	65.5	

\*Chi cuadrada, razón de momios

Tabla 3. Conocimiento general sobre la realización del diagnóstico de cáncer de mama. n=400

# Cultura preventiva para detección de cáncer de mama en mujeres de zona urbana vs marginada.

A pesar de no tener los conocimientos básicos, el 71% del grupo 1 y el 69.5% del grupo 2, si se realizan la autoexploración, el examen clínico (55.5% y 46.5%) y la mastografía (46.5% y 35.5%), sin diferencia estadística significativa entre ambos grupos. (Tabla 4). De las 142 y 139 mujeres que se realizaban la autoexploración del grupo 1 y 2, respectivamente, solo un 31.7% del grupo 1, y 27.3% del grupo 2 se la realizaban oportunamente. De las 111 mujeres del grupo 1 y 93 del grupo 2 que acudían a la realización del examen clínico solo un 32.4% del grupo 1 y 21.5% del grupo 2 lo hacían en

tiempo y forma. No hubo diferencia significativa en ambos grupos en cuanto a estos métodos preventivos. Se observó una diferencia significativa en ambos grupos en la realización de la mastografía ( $p < 0.05$ ), con RR de 5.4 lo que significa que hay un riesgo 5 veces mayor para el grupo marginado en comparación con el grupo 1, de no hacerlo oportunamente. El 71% de las mujeres del grupo 1, que se realizan su mastografía, lo hacen oportunamente, en comparación con el grupo 2 donde solo un 31% se la realiza en tiempo y condiciones adecuadas. (Tabla 5).

Realización.		Grupo 1 n	n=200 %	Grupo 2 n	n=200 %	P*
Autoexploración.	Si	142	71.0	139	69.5	NS
	No	58	29.0	61	30.5	
Examen Clínico.	Si	111	55.5	93	46.5	NS
	No	76	38.0	102	51.0	
	No edad requerida	13	6.5	5	2.5	
Mastografía	Si	93	46.5	71	35.5	NS
	No	43	21.5	73	36.50	
	No edad requerida.	64	32.0	56	28.0	

\*Chi cuadrada

Tabla 4. Realización de métodos preventivos para cáncer de mama. n=400.

Realización		Grupo 1 n	%	Grupo 2 n	%	p*
Autoexploración	Si	45	31.7	38	27.3	NS
	No	97	68.3	101	72.7	
Examen clínico	Si	36	32.4	20	21.5	NS
	No	75	67.6	73	78.5	
Mastografía	Si	66	71.0	22	31.0	P<0.05 RR (5.4)
	No	27	29.0	49	69.0	

\*Chi cuadrada, razón de momios

Tabla 5. Realización en tiempo y forma de los métodos preventivos para cáncer de mama. n=400

# Cultura preventiva para detección de cáncer de mama en mujeres de zona urbana vs marginada.

En cuanto al desinterés, aprobación de la pareja, tiempo disponible, vergüenza a exploración física y mastografía, miedo a autoexploración, examen clínico y mastografía, se observó que no fueron factores determinantes para la realización de los métodos preventivos, ya que la mayoría de las mujeres de ambos grupos no rechazan ninguna de estos factores que pudieran obstaculizar la realización de los mismos. No hubo diferencia estadística significativa entre ambos grupos.

## DISCUSIÓN

En nuestro estudio se encontró que un bajo porcentaje de las mujeres de ambos grupos de estudio, tenían conocimiento sobre la autoexploración, en comparación con un estudio realizado en 2012 por Yépez D y cols donde se seleccionaron a 350 mujeres mayores de 20 años y se encuestó sobre conocimiento de autoexploración, obteniendo que el 82.8% tenían conocimientos básicos sobre la autoexploración. En éste último sólo se formó un grupo de mujeres que vivían en zona urbana.<sup>8</sup> En nuestro estudio se encontró relación entre el nivel de escolaridad y el nivel de conocimiento sobre los métodos preventivos ya que en el grupo 1 la mayor parte de mujeres estudió hasta universidad en comparación con el grupo 2 donde la mayoría cursó secundaria y preparatoria/técnica. Esto se ve reflejado en el nivel de conocimientos sobre la mastografía y en la realización oportuna de ésta, ya que en el grupo 1 más del 50% se la realizan en tiempo y forma adecuada, mientras en el grupo 2, menos del 50% lo hicieron. En nuestro estudio tampoco se encontró relación entre la práctica de la autoexploración y examen clínico, con la escolaridad. Por otro lado, el motivo por lo cual las mujeres no se realizan los métodos preventivos- en nuestro estudio- fue la falta de conocimiento, mientras que en el estudio de Yépez y cols. fue la desidia y flojera en el 50% de los casos.<sup>8</sup> Similar a un estudio realizado por Sosa S. y cols. donde se analizó la realización de exámenes de detección de cáncer de mama y cáncer cervicouterino de la Encuesta de Evaluación de los Hogares Rurales, se encontró una baja frecuencia en la ejecución de mastografías en mujeres de 30 a 39 años y de 40 a 49 años.<sup>9</sup> Este estudio se realizó en una comunidad rural y sus resultados coinciden con el bajo número de mujeres que se realizan la mastografía en el grupo 2 de nuestro estudio. Por último, en nuestro estudio se observó que más del 50% de las mujeres de ambos grupos no conocían los pasos para la realización de

una correcta autoexploración, similar a los resultados encontrados en el estudio de la Dra Proenza L. y cols. donde 69.2% de las mujeres desconocía la realización de una forma adecuada de autoexploración.<sup>10</sup> Al igual que en el estudio realizado por Yadollahie M y cols. donde solo un 49.4% tenía los conocimientos básicos sobre la realización de la autoexploración y un 19.4% se la realizaba en tiempo y forma. En los estudios de la Dra. Proenza y Yadollahie se concluye que la falta de conocimiento sobre los métodos preventivos para cáncer de mama es alarmante y es la causa principal por la cual las mujeres no se los realizan.<sup>12</sup>

## CONCLUSIONES

En el ámbito cultural de las mujeres entrevistadas en nuestro estudio, así como de conocimiento acerca de la correcta forma de autoexploración mamaria y prevención para cáncer de mama, se encontró diferencia en los factores asociados a la cultura preventiva para cáncer de mama en mujeres de zona urbana vs zona marginada de Veracruz-Boca del Río. Esta diferencia es más marcada en el nivel de escolaridad, el cual aumenta el riesgo para menor nivel de cultura preventiva para cáncer de mama. Se observó una gran diferencia en cuanto al nivel socioeconómico entre ambos grupos predominando la clase pobre y media baja en el grupo 2. El conocimiento y el tiempo y forma para la realización de la mastografía fue más elevado en el grupo de mujeres que vive en zona urbana que en las que viven en zona marginada, con más pobreza y menor nivel educativo. No se encontró diferencia entre los grupos en cuanto a las causas personales para la realización de estos métodos de prevención.

## REFERENCIAS

1. Saffouh M, Hamid Y. Breast cancer health promotion in Qatar: a survey of community pharmacists' interests and needs. *Int J Clin Pharm* 2011; 33:70-79
2. Arce C, Bargalló E, Villaseñor Y, Gamboa C, Lara F, Pérez V, Villarreal P. *Onco guía Cáncer de mama 2011*; 6: 77-86.
3. Huicochea S, González P, Tovar I, Olarte M, Vazquez J. Cáncer de mama. *Anales de Radiología México* 2009; 1:117-126.

# Cultura preventiva para detección de cáncer de mama en mujeres de zona urbana vs marginada.

4. Chalasani P, Downey L, Stopeck AT. Caring for the breast cancer survivor: a guide for primary care physicians. *Am J Med* 2010; 123:489-95.
5. Chlebowski RT, Anderson GL, Gass M, et al. Estrogen plus progestin and breast cancer incidence and mortality in postmenopausal women. *JAMA* 2010; 304:1684-92.
6. Rabidoux A, Tang G, Rastogi P, Geyer C, Azar C, et al. Lapatinib as a component of neoadjuvant therapy for HER2-positive operable breast cancer (NSABP protocol B-41): an open-label, randomised phase 3 trial. *Lancet Oncol* 2013 Nov; 14:1183-92.
7. Cuzick J, DeCensi A, Arun B, et al. Preventive therapy for breast cancer: a consensus statement. *Lancet Oncol* 2011; 12:496-503.
8. Yépez D, De la Rosa A, Guerrero C, Gómez J. Autoexploración mamaria: conocimiento y perspectiva en mujeres. *Enferm Inst Mex Seguro Soc* 2012; 20: 79-84.
9. Sosa S, Walker D, Serván E. Práctica de mastografía y pruebas de Papanicolaou entre mujeres de áreas rurales de México. *Salud pública de México* 2009; 51: 236-245.
10. Proenza L, Gallardo Y, García D, De la Paz L. Modificación de conocimiento sobre el autoexamen de mamas en mujeres de la Policlínica Universitaria "René Vallejo Ortiz". *MEDISAN* 2012; 16: 1724-30.
11. Aponte M, Mestanza A, Velásquez J, Farro G. Nivel de conocimiento sobre cáncer de mama y características sociodemográficas en mujeres privadas de su libertad Lima – Perú, 2010. *Enferm Herediana*. 2010; 3: 57-63.
12. Yadollahie M, Simi A, Habibzadeh F, Ghashghaiee R, Karimi S et al. Knowledge of and attitudes toward breast self-examination in Iranian women: a multi-center study. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2011; 12: 1917-24.
13. Bernam B, Jo A, Cumberland W, Booth H, Britt J. Breast cancer knowledge and practices among D/deaf women. *Disabil Health J*. 2013 Oct; 6: 303-16.
14. Según NORMA Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2002, Para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama.
15. NORMA Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2011, Para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama.