

Cáncer de mama en la población mapuche. Hospital de Área El Bolsón (HAEB)

*M. Eugenia Fagnan,**

*Leticia Caballero,***

*Javier Cabaña,****

*Fabián Gómez***

RESUMEN

Introducción

En los departamentos de Bariloche y Cushamen se encuentra una importante concentración de pueblos originarios de Sudamérica. Algunos de estos grupos poblacionales siguen con sus costumbres y, ante cualquier problema de salud, consultan con el curandero (figura médica mapuche) quien, con diferentes hierbas y métodos, trata dichos problemas en su comunidad.

Por otro lado, muchos de esos pobladores se han integrado a nuestro sistema y son tratados en nuestros hospitales; pero, dada la falta de conocimiento de esta etnia y la carencia de estadísticas, estos tratamientos se basan en lo que conocemos de la raza caucásica.

Ahora bien, cuando uno les pregunta acerca del cáncer de mama a las mujeres mapuches, la mayoría niega conocer esta patología, o dice que es una enfermedad de la mujer blanca. Pero, ¿es esto realmente así?

Objetivos

Identificar las causas a las que la mujer mapuche atribuye el cáncer de mama y qué métodos de prevención utiliza.

Identificar factores de riesgo para el cáncer de mama en la población mapuche.

Describir métodos de diagnóstico y tratamiento de cáncer de mama en la población mapuche.

*Servicio de Cirugía General, Hospital de Área El Bolsón (HAEB), Río Negro

** Departamento Atención Médica, Ginecología, Hospital de Área El Bolsón (HAEB), Río Negro

***Hospital Privado Regional, Ginecología, Bariloche, Río Negro

**** Servicio de Ginecología, Hospital San Martín de Paraná, Entre Ríos

Correo electrónico de contacto:
eugeniafagnan@gmail.com

Describir las características epidemiológicas y tumorales y compararlas con la población no mapuche.

Material y método

Se analizaron en forma retrospectiva las historias clínicas de las pacientes que fueron internadas en el Hospital de Área El Bolsón (HAEB) por patología oncológica en los últimos 4 años y las historias clínicas de las pacientes atendidas en consultorios externos por los Servicios de Oncología, Patología Mamaria y Ginecología.

Se recurrió también a los registros de la Asociación Lucha Contra el Cáncer Comarca Andina Paralelo 42 (ALCECCAP 42°).

Se tomaron datos de las pacientes atendidas en Bariloche de las bases del SITAM.

Se confeccionó una encuesta de 25 preguntas que se llevó a cabo con un cuestionario estructurado el cual se realizó con la modalidad de entrevista personal.

Resultados

El diagnóstico de cáncer de mama en El Bolsón se realiza en estadios avanzados, en especial en la población mapuche, en la cual el 50% debuta en los Estadios IIIA en adelante.

La edad promedio de diagnóstico de cáncer de mama en la población mapuche es de 59 años, 5 años más tarde que en la población no indígena de la misma localidad.

Solo el 32% de las encuestadas había realizado una mamografía a los 40 años.

Los tipos histológicos encontrados fueron: 60% ductal invasivo, 16% lobular, 8% medular, 8% indiferenciado, 4% CDIS y 4% mucinoso.

Las mujeres refieren desconocimiento de la necesidad de realizar los controles, falta de interés y dificultad en el acceso al sistema de salud.

Gran parte de estas mujeres atribuyen el cáncer de mama a los traumatismos mamarios y reconoce como factor protector a la lactancia materna.

Conclusiones

Las mujeres mapuches identifican a los traumatismos mamarios y a la falta de lactancia como principales factores de riesgo para el cáncer de mama.

Dentro de los factores de riesgo modificables en esta población, encontramos el consumo de alcohol y el Índice de Masa Corporal (IMC) como predominantes.

El diagnóstico se realiza tardíamente cuando la enfermedad genera síntomas que llevan a las pacientes a la consulta, rara vez por un examen físico o mamografías solicitadas por control.

Ante la falta de datos sobre esta subpoblación y mientras no se disponga de más información, las pacientes de la misma deben seguir siendo tratadas como se trata a cualquier paciente con cáncer de mama.

Palabras clave

Cáncer de mama. Mapuche. Estadio. Mamografía.

SUMMARY

Introduction

In the departments of Bariloche and Cushamen there is a significant concentration of the Mapuche race and some continue with their customs: at any health problem, they consult with the Medicine Man (Mapuche medical figure) who, with different herbs and methods, treats the health problems of their community.

However, many have integrated with the community and are treated in our hospitals, but, due to the lack of knowledge of this race and the lack of statistics, they are treated based on the knowledge we have on the Caucasian race.

But, when one asks to Mapuche women about breast cancer, most deny knowing this pathology or say it is a disease of the white woman.

Objectives

To identify the causes at which Mapuche women attribute breast cancer and what methods of prevention they use.

Identify risk factors for breast cancer in the Mapuche population.

Describe methods of diagnosis and treatment of breast cancer in the Mapuche population.

Describe the epidemiological and tumoral characteristics and to compare with Caucasian race.

Materials and method

To obtain the different data, the clinical histories of the patients who were admitted to the El Bolsón Area Hospital (HAEB) for oncological pathology in the last 4 years were retrospectively analyzed.

The clinical histories of the patients attended by the Service of Oncology, Mammary Pathology, Gynecology, and the ALCECCAP 42 records were also used.

Data was also taken from the SITAM bases of patients treated in Bariloche.

A survey was made of 25 questions that according to the result some were broken down. The survey was carried out with a structured questionnaire with the personal interview modality.

Results

The diagnosis of breast cancer in El Bolsón is made in advanced stages especially in the Mapuche population where 50% debuted in Stages IIIA and later.

The average age of diagnosis of breast cancer in the Mapuche population is 59 years, 5 years later than in the non-indigenous population.

Only 32% of the respondents had a mammogram at age 40.

The histological types found were: 60% ductal invasive, 16% lobular, 8% medullar, 8% indifferent, 4% CDIS and 4% mucinous.

The women report ignorance of the need to perform the controls, lack of interest to perform them and difficulty in accessing the health system.

Many of these women attribute breast cancer to breast traumas and recognize breastfeeding as a protective factor.

Conclusions

The Mapuche women recognize breast traumas and the lack of breast-feeding as principal risk factor for breast cancer.

Inside the risk factors in this population, we found the alcohol ingest and body mass index as predominating.

The diagnosis is made in advanced stages when the illness generates symptoms, and this brings women to the consultation; rarely they come for a physical exam or mammographic control.

They are, and they should continue being treated as we treat any women with breast cancer as long as we do not dispose more information.

Key words

Breast cancer. Mapuche. Stages. Mammography.

INTRODUCCIÓN

Antes de la conquista española, el territorio argentino se encontraba habitado por pueblos indígenas. Con la llegada de los europeos, las razas establecidas en este territorio fueron desplazadas y, más adelante, con las diferentes guerras –entre ellas, la famosa Conquista del Desierto en 1880–, fueron derrotadas las etnias mapuche y ranquel.

Actualmente, de estos pueblos originarios quedan algunas comunidades. Según el último censo nacional del año 2010, el total de indígenas en nuestro país es de 955.032. En la Provincia de Río Negro hay 45.375.¹ El 87,9% de esos 45.375 habitantes se autorreconoció como perteneciente al pueblo mapuche, el 5% al tehuelche, el 1,1% al guaraní e igual porcentaje al quechua. Cabe aclarar aquí que se considera población indígena a las personas que se autorreconocen como descendientes (porque tienen algún antepasado) o pertenecientes a algún pueblo indígena u originario (porque se declaran como tales).¹

En los departamentos de Bariloche y Cushamen (Partido donde se ubica El Bolsón) se encuentra una importante concentración de la comunidad mapuche. Algunos de sus integrantes siguen con sus costumbres y, ante cualquier problema de salud, consultan con el curandero (figura médica mapuche) quien, con diferentes hierbas y métodos, trata dichos problemas.² Sin embargo, muchos se han integrado a nuestra comunidad, adquiriendo nuevos hábitos y costumbres. Los niños van a la escuela, los jóvenes trabajan o estudian diferentes carreras, entre ellas enfermería y medicina. Es así como actualmente ambas etnias compartimos el quehacer cotidiano.

No obstante, a pesar de la gran cercanía a esta comunidad, como compañeros de trabajo o como pacientes, poco es lo que sabemos acerca de sus enfermedades. Así y todo, son tratados en nuestros hospitales, pero, ante la falta de conocimiento de esta etnia y la carencia de estadísticas, dichos tratamientos se realizan sobre la base de los conocimientos que tenemos de la raza caucásica.

Cuando se les pregunta acerca del cáncer de mama a las mujeres mapuches, la mayoría niega conocer esta patología, o dice que es una enfermedad de la mujer blanca.³ ¿Es esto realmente así? ¿Es correcto tratar a ambas etnias de la misma forma?

OBJETIVOS

1. Identificar las causas a las que la mujer mapuche atribuye el cáncer de mama y qué métodos de prevención utiliza.
2. Identificar factores de riesgo para el cáncer de mama en la población mapuche.
3. Describir métodos de diagnóstico y tratamiento de cáncer de mama en la población mapuche.
4. Describir las características epidemiológicas y tumorales y compararlas con la población no mapuche.

MATERIAL Y MÉTODO

Para la obtención de los diferentes datos:

- se estudiaron en forma retrospectiva las historias clínicas de las pacientes que fueron internadas en el HAEB por patología oncológica en los últimos 4 años;
- se analizaron las historias clínicas de las pacientes atendidas en consultorios externos en los Servicios de Oncología, Patología Mamaria y Ginecología;
- se recurrió también a los registros de ALCECCAP42°;
- se tomaron datos de las pacientes atendidas en Bariloche de las bases del SITAM.

En total se estudiaron los casos de 90 pacientes con cáncer de mama. De las 90 pacientes, 30 eran de etnia mapuche y el resto no mapuche.

La estadificación para el cáncer de mama fue determinada utilizando los criterios del American Joint Committee on Cancer (AJCC) y la clasificación TNM según la Unión Internacional Contra el Cáncer (UICC).⁴

De acuerdo con las recomendaciones St. Gallen 2015, se clasificó a los tumores por inmunohistoquímica (IHC) en subtipos moleculares: Luminal A; Luminal B; Luminal B HER2 positivo; HER2; y Triple Negativo.^{5, 6}

Se utilizaron datos del PROYCAM 2014 para compararlos con los nuestros.

Se confeccionó una encuesta de 25 preguntas, algunas de las cuales se

desglosaban según el resultado (véase el Anexo). Esta encuesta se realizó a 120 mujeres –80 mujeres que se autorreconocieron como pertenecientes a la población mapuche y 40 mujeres no mapuches–, de 34 años o más, en diferentes centros de salud, y puerta a puerta en las zonas rurales de Villegas, la Rinconada Nahuelpán y Ñorquincó, pueblos asentados en comunidades mapuches, con el fin de:

- establecer métodos de prevención del cáncer de mama;
- establecer factores de riesgo: dentro de estos se eligieron factores de riesgo modificables y que tienen influencia no solo en el cáncer de mama sino también en muchas otras enfermedades en las cuales seguramente son más relevantes, con la intención de trabajar con los agentes sanitarios en su modificación;
- analizar qué tipos de controles realizan las mujeres de las comunidades mapuches y qué tipos de tratamientos realizan.

La encuesta se llevó a cabo con un cuestionario estructurado que se efectuó con la modalidad de entrevista personal, manteniendo la confidencialidad de la información. Dicha encuesta fue realizada por las autoras del trabajo y por personal médico del hospital, aunque, sin la ayuda de los agentes sanitarios, probablemente la mayoría de las mujeres se hubiera negado a la entrevista: el hecho de que dichos agentes conocieran a todas las pobladoras facilitó enormemente el trabajo.

RESULTADOS

Resultados del análisis de las encuestas

Variables epidemiológicas

Edad media de las mujeres mapuches: 48 años (34-90); edad media de las mujeres no mapuches: 47 años (34 a 77).

El 60% de las mujeres mapuches encuestadas son amas de casa, mientras que en la población no mapuche esta cifra baja al 25%. En la Tabla I se detallan las profesiones de las mujeres encuestadas.

El 96% de las mujeres refiere haber tenido hijos nacidos vivos. El promedio de hijos por mujer en la población mapuche fue de 4 hijos, mientras que en la no mapuche fue de 2,7 hijos.

Se investigaron los *antecedentes personales de cáncer* de mama, ovario, colon, páncreas y melanoma. En la población mapuche el 2,5% refirió antecedente personal de cáncer de mama; el 1,25% de colon; no hubo ninguna paciente con antecedente de cáncer de páncreas, ovario ni melanoma;

el 2,5 % refirió tumores malignos en otras localizaciones. En la población no mapuche el 5% refirió antecedente personal de cáncer de mama; no se registraron casos de cáncer de ovario, páncreas, ni melanoma; el 2,5 % refirió tumores malignos en otras localizaciones.

Dentro de los *antecedentes familiares de cáncer* se investigaron: mama, ovario, colon y otros. En la población mapuche el 6,25% tuvo antecedentes familiares de cáncer de mama, el 0% de ovario, el 10% de cáncer de colon y el 12,5% de otros tumores. En la población no mapuche el 10% tuvo antecedentes familiares de cáncer de mama, el 2,5% de cáncer de ovarios, el 12,5% de cáncer de colon y el 10% de otros tumores. (Tabla II)

Tabla I. Profesión de las mujeres encuestadas

Profesión	Mujeres no mapuches (N°)	Mujeres mapuches (N°)
Odontóloga	1	0
Docente	5	2
Ginecóloga	1	0
Ama de casa	10	48
Empleada	3	13
Peluquera	1	0
Artesana	4	0
Jubilada	6	2
Comerciante	3	3
Enfermera	2	0
Plan trabajar	0	2
No contesta	4	8

Causas a las que la mujer mapuche atribuye el cáncer de mama

El 40% de las mujeres respondió que los traumatismos mamarios son una de las principales causas.

El 23% refiere que suspender la lactancia de forma temprana o no realizarla aumenta la incidencia de cáncer de mama.

Tabla II. Antecedentes personales y familiares de tumor maligno

Tumor Maligno	Población Mapuche		Población Caucásica	
	Antecedentes Personales (%)	Antecedentes Familiares (%)	Antecedentes Personales (%)	Antecedentes Familiares (%)
Mama	2,5	6,25	5	10
Ovario	0	0	0	2,5
Colon	1,25	10	0	12,5
Otros	2,5	12,5	2,5	10

En menor medida, asocian la mala alimentación, la contaminación ambiental, la depresión, el estrés y factores genéticos al cáncer de mama.

El 50% no reconoce ningún factor predisponente para el cáncer de mama.

Factores de riesgo modificables en la población mapuche

Los factores de riesgo se muestran en la Tabla III.

Métodos de diagnóstico de cáncer de mama en la población mapuche

El 30% de las encuestadas nunca realizó ningún control (examen físico-mamográfico).

Tabla III. Factores de riesgo modificables en la población mapuche

Factores de riesgo modificables	Sí (%)	No (%)
Lactancia (+ 12 meses)	95	5
Tabaco	8,6	91,4
Alcohol	30,4	69,6
Sobrepeso	65,5	34,5

El 70% de las mujeres encuestadas hizo algún control clínico y mamográfico. El promedio de edad del primer control fue de 45 años. De este 70%, solo el 10% tuvo continuidad en sus controles, el 80% realizó alguna vez una mamografía y el 10% restante efectuó algún otro control esporádico.

El 32% de las encuestadas había realizado una mamografía a los 40 años. El 7% refirió haber hecho una mamografía a los 35 años y una anual a partir de los 40.

Cuando se les preguntó a las mujeres por qué no realizaban la mamografía, el 42% contestó que por falta de interés en llevar a cabo los controles, el 29% que por falta de conocimiento de la necesidad de hacerlos, el 25% que por la dificultad en el acceso al sistema de salud y el 4% que por miedo a dicho estudio.

Resultados del análisis de las historias clínicas

Características epidemiológicas y tumorales del cáncer de mama en la población mapuche

La edad media de diagnóstico es de 59 años (31-84).

El 89,12% es diagnosticado en los Estadios IIA en adelante. En el Gráfico 1 se muestran los porcentajes de los diferentes estadios de presentación.

Gráfico 1. Estadios de presentación (porcentajes)

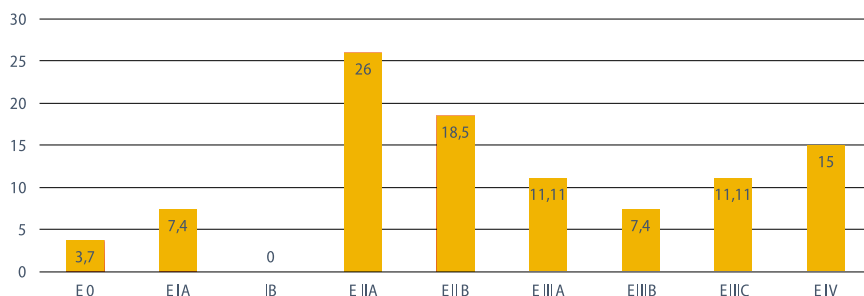
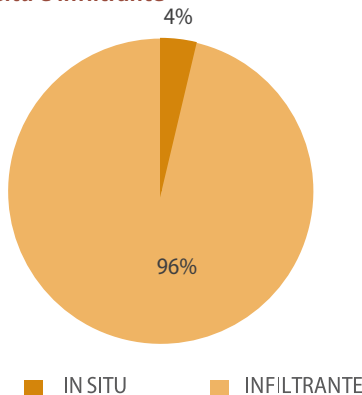


Gráfico 2. Tipos histológicos: Carcinoma *in situ* e infiltrante



Tipos histológicos y subtipos moleculares en la población mapuche

Con respecto al tipo histológico, el 60% fue carcinoma invasor NOS, el 16% lobulillar, el 8% medular, el 8% indiferenciado, el 4% CDIS y el 4% mucinoso. El 96% se presentó como carcinoma invasor (Gráfico 2).

De acuerdo con el resultado de los receptores hormonales, de HER2 y de Ki67, se los clasificó en los subtipos moleculares (solo se clasificaron 23 de las 30 pacientes por falta de datos) Luminal A, Luminal B, Luminal B HER2, HER2 y Triple Negativo (Tabla IV). Los diferentes porcentajes se pueden visualizar en el Gráfico 3.

Tabla IV. Clasificación según subtipos moleculares por IHQ

Luminal A	RE +, RP +, HER2 -, KI67 < 14%
Luminal B	RE +, RP+/-, HER2 -, KI67 ≥ 14%
Luminal HER2	RE +, RP+/-, HER2 +
HER2	RE -, RP -, HER2 +
Triple Negativo	RE -, RP-, HER 2 -

Gráfico 3. Subtipos moleculares. Porcentajes

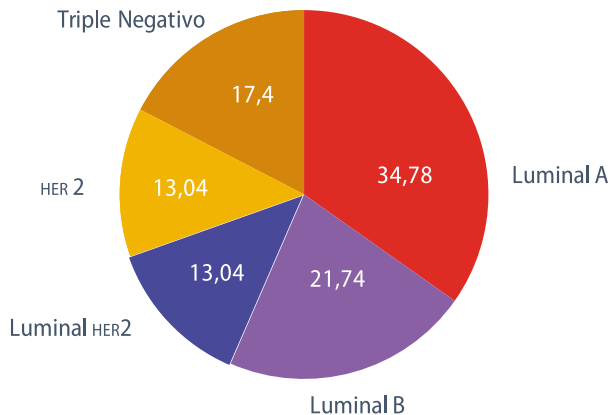
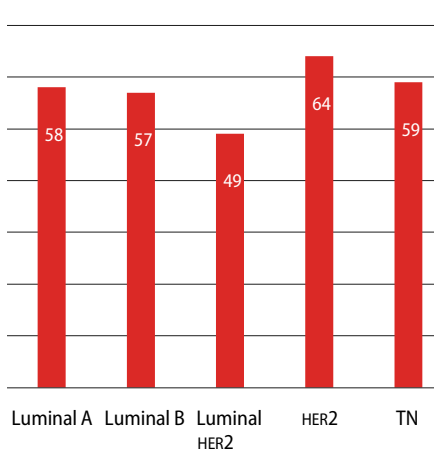


Gráfico 4. Edad promedio de los subtipos moleculares



En el Gráfico 4 se muestra la edad promedio de los subtipos moleculares y en el Gráfico 5 se evidencia que el subtipo HER2 es el que se presentó en estadios más avanzados.

Gráfico 5. Estadio de presentación por subtipo molecular en la población mapuche. Porcentajes

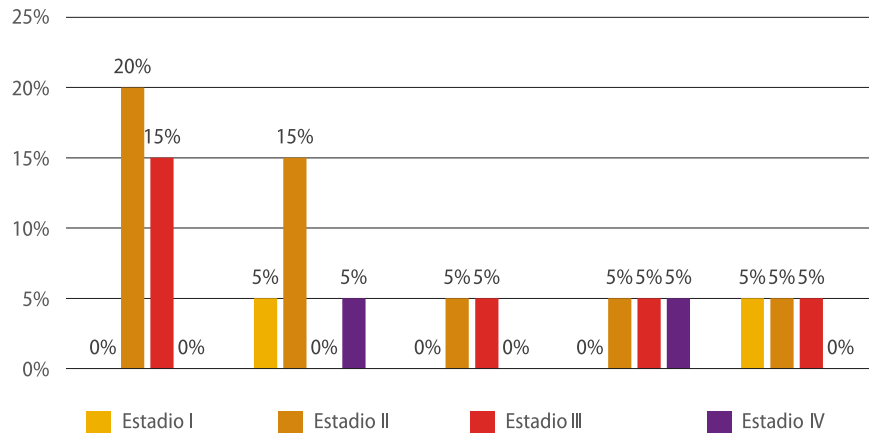


Gráfico 6. Tipos histológicos en población no mapuche. Carcinoma *in situ* e invasor

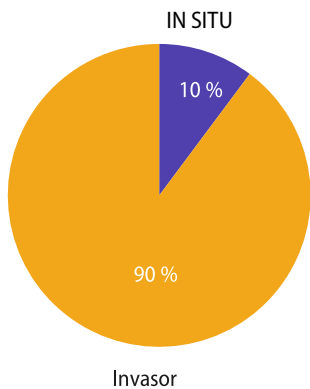


Gráfico 7. Subtipos moleculares en la población no mapuche

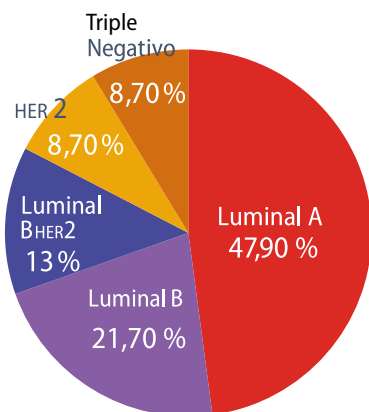
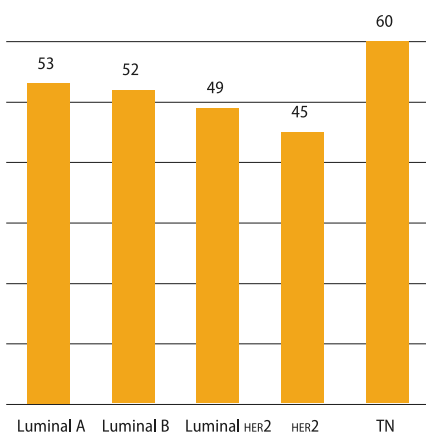


Gráfico 8. Edad promedio de presentación de los subtipos moleculares en la población no mapuche



Edad, tipos histológicos y subtipos moleculares en la población no mapuche

- Edad media de diagnóstico: 54 años (33-95). El 26,6% son menores de 50 años y el 73,4% mayores.
- Cuando analizamos los tipos histológicos en la población no indígena, se encontró que el 60,7% es carcinoma NOS infiltrante, el 13,7% carcinoma lobulillar infiltrante, el 9,8% CDIS, y el resto mucinosos, papilares, tubulares, medulares, ductolobulillares, indiferenciados, microinvasores y metaplásicos. En el Gráfico 6 se muestran los porcentajes de carcinoma *in situ* y en el Gráfico 7 los subtipos moleculares de la población no mapuche.
- Cuando analizamos la edad de presentación por subtipo molecular, se evidencia una inclinación hacia edades más jóvenes para los tumores que sobreexpresan el HER2 (Gráfico 8).

Comparación del estadio de presentación en ambas etnias

En la población no mapuche, la edad media de presentación es de 54 años (33-95), es decir, 5 años más joven que en la mujer mapuche.

Al estudiar los estadios de presentación se encontró una importante diferencia entre ambas etnias como se expone en el Gráfico 9.

Gráfico 9. Estadios de presentación en las distintas etnias

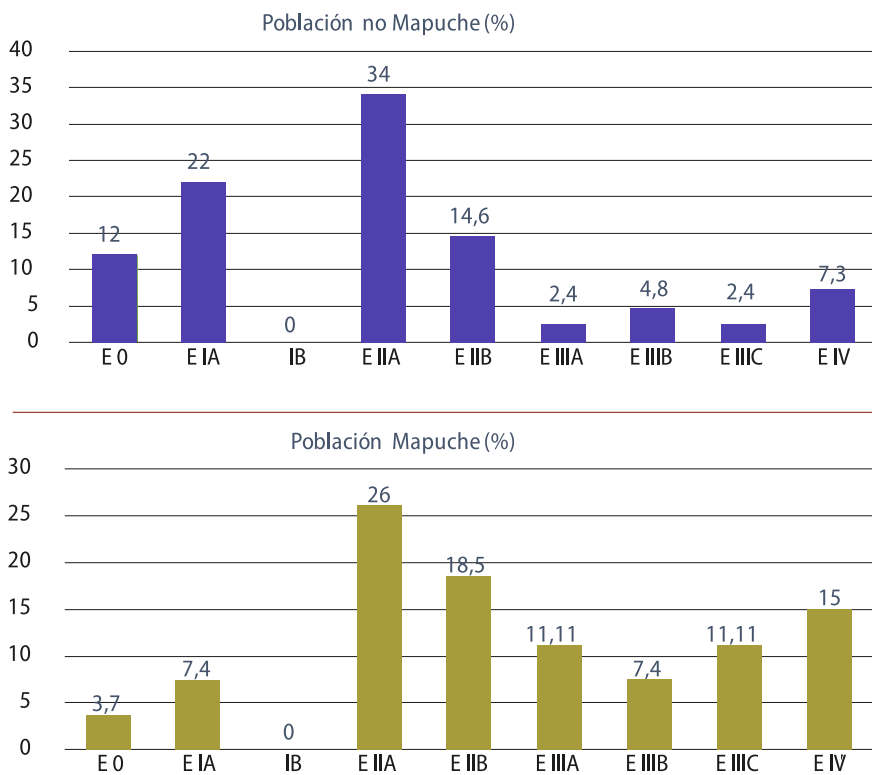
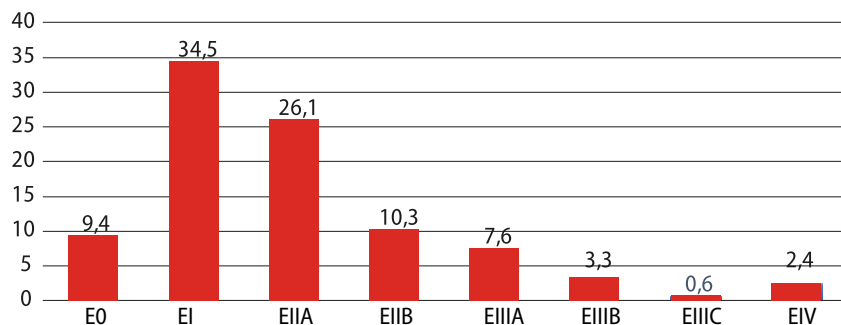


Gráfico 10. Estadios de presentación en las distintas etnias. Comparación.

PROYCAM 2014



Se tomaron datos del PROYCAM 2014 y se realizó un gráfico (Gráfico 10) de estadios de presentación: el 60,6% se presenta en los Estadios IA y IIA.

DISCUSIÓN

Del análisis de las encuestas, se desprende que la mujer mapuche identifica a los traumatismos mamaros como principal causa de cáncer de mama. Evitar los golpes

en la mama es una medida que adoptan para prevenir esta enfermedad. Este factor se repite en más de un trabajo sobre cáncer de mama en comunidades indígenas.^{3,7}

Otro elemento del que se vale esta población para prevenir el cáncer de mama es la lactancia. En este sentido, no asocian la lactancia como factor protector por la demora en la reinstauración de los ciclos menstruales ovulatorios tras el embarazo, ni a una diferenciación mayor del epitelio mamario, como se plantea en la bibliografía:⁸ lo que ellas creen es que si queda leche en las mamas pueden generar toxinas agresivas para las mismas.³

Por los datos recolectados en la encuesta, se deduce que el control mamario en la población femenina de El Bolsón, y sobre todo en la mapuche, es realmente pobre. Estos resultados concuerdan con otros trabajos realizados en la población mapuche tanto en nuestro país como en Chile, país fronterizo donde habita un importante número de comunidades mapuches.^{3,7}

Coincidimos con la literatura nacional e internacional^{9, 10, 11, 12} en que el estadio de presentación más frecuente es el II en ambas poblaciones, 44,5% para la población mapuche y 48,6 % para la caucásica. Sin embargo, cuando analizamos el resto de los estadios, se hace evidente una importante diferencia entre la población mapuche y la no mapuche. La distribución por estadios de la población caucásica continúa coincidiendo con la literatura nacional^{9, 11} ya que se evidencia mayor porcentaje de casos de Estadios 0 y I (12 y 22%) que de Estadios III y IV (9,6 y 7,3%); pero en la población mapuche esta relación se invierte encontrando 4 veces más de casos en Estadios III y IV (29,62 y 15%) que en Estadios 0 y I (3,7 y 7,4%). Esto se ve plasmado en los Gráficos 9 y 10: en la raza mapuche la mayoría de la población se encuentra a la derecha del gráfico con respecto al Estadio IIA, mientras que la población caucásica se reparte equitativamente ha-

cia ambos lados con una leve inclinación hacia la izquierda del gráfico, o sea hacia estadios menos avanzados. Al comparar los tres gráficos, apreciamos que el del PROYCAM 2014 es similar al de la raza no mapuche, aunque con estadios de presentación más tempranos.

Las presentaciones por estadios de la población mapuche son muy similares a las mostradas en el trabajo de Juárez en hospitales públicos de Córdoba –E0 8,4%; EI 18,89%; EII 32,25%; EIII 28,01%; y EIV 12,38%¹⁰– pero muy diferentes a las mostradas por Elizalde en una serie de 4.041 casos donde más del 50% se presentó en Estadios 0 y I y solo un 1% en Estadio IV.¹³

Cuando analizamos los inmunofenotipos, vemos que la población mapuche tiene menor porcentaje de tumores Luminales A y B (56,52%) que la población caucásica de este estudio y que las poblaciones estudiadas a nivel nacional.^{9,11,14,15,16} Por otro lado, se evidencia un mayor número de tumores que sobreexpresan el HER2 y un alto porcentaje de Triple Negativos en relación con la población caucásica de este trabajo como también en comparación con lo expresado en la bibliografía nacional.^{9,14}

Los tipos histológicos son similares en las dos razas, con la diferencia de que en la mujer mapuche hay mayor porcentaje de carcinomas infiltrantes. Un dato llamativo es que la edad media de presentación en la población mapuche es de 59 años, la misma que expresa el PROYCAM 2014; sin embargo, los estadios de presentación son muchos más avanzados en la serie indígena y, a su vez, coinciden con la expresión del HER2, ya que en la población mapuche un 27,2% tiene HER2 positivo, mientras que en el PROYCAM solo un 13,4% fue HER2 positivo y un 21,7% en la serie no mapuche de este trabajo; probablemente, haya un sesgo en los datos por el número de casos, pero es una línea interesante para continuar investigando.

Del análisis de los datos, sobre todo de los estadios de presentación tanto en la población mapuche como en la caucásica, se deduce que el cáncer de mama es un problema de salud que debe ser abordado con premura. Es innegable el avance científico de los últimos años tanto para el diagnóstico, como para el tratamiento del cáncer de mama; sin embargo, estos avances, de los que la comunidad médica puede sentirse orgullosa, de poco sirven en una población que realiza de forma insuficiente los controles básicos de atención primaria. Por eso creemos que es necesario mejorar la relación del sistema de salud con la comunidad, para un diagnóstico precoz y tratamiento oportuno.

CONCLUSIONES

Las mujeres mapuches relacionan a los traumatismos mamarios y a la lactancia con el cáncer de mama. Creen que los golpes en la mama aumentan la incidencia de esta enfermedad; y, a su vez, piensan que suspen-

der la lactancia de forma temprana o no realizarla puede incrementar la posibilidad de un futuro cáncer. En menor medida, asocian la mala alimentación, la contaminación ambiental, la depresión, el estrés y factores genéticos al cáncer de mama. El 50% no reconoce ningún factor predisponente para el cáncer de mama.

Dentro de los factores de riesgo investigados, el sobrepeso es el más frecuente: más del 60% de la población femenina mapuche tiene un índice de masa corporal que indica sobrepeso u obesidad; el alcohol y el cigarrillo están presentes en menor medida. Por la alta tasa de natalidad, y los períodos prolongados de lactancia, se puede deducir que la lactancia actuaría como un factor protector en esta comunidad.

La mujer mapuche no tiene incorporado un control rutinario de su salud: únicamente el 7% de la población mapuche encuestada realiza los controles recomendados por la SAM (una mamografía base a los 35 años y una anual a partir de los 40).¹⁷

La edad media de diagnóstico de cáncer de mama en la mujer mapuche es de 59 años (31-84), 5 años más tarde que en el resto de la población femenina de El Bolsón. El 89,12% es diagnosticada en los Estadios IIA en adelante, estadios más avanzados que en la población caucásica.

En la población mapuche se encontró un mayor porcentaje de carcinomas infiltrantes con respecto a la población caucásica, mayor cantidad de tumores que sobreexpresan HER2 y mayor cantidad de tumores Triple Negativos.

Finalmente, podemos decir que el cáncer de mama no solo afecta a la población mapuche, sino que en esta comunidad encontramos tumores con peores factores pronósticos que en la comunidad no mapuche. Creemos que deben seguir siendo tratadas con todas las herramientas de las que disponemos actualmente, sin olvidarnos de reforzar las campañas para una detección precoz del cáncer de mama.

REFERENCIAS

1. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010. Censo de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Instituto Nacional de Estadística y Censos. INDEC, 2015.
2. Ojeda Rojas KI. Estudio Fitoquímico y Actividad Biológica de Plantas utilizadas en Medicina Mapuche. Universidad Austral de Chile, 2013, pp. 4-9.
3. Rojas Rojas KA, Lemonao Arcos NP. Prácticas de Prevención y Cuidados del Cáncer de Mama en Mujeres Mapuche-Williche de 30 y más años, del Área Rural, de la Comuna de Panguipulli. Segundo Semestre del año 2010. Universidad Austral de Chile, 2010.
4. AJCC Cancer Staging Manual 8 Edition, Ch 48 Breast cancer. Oct 2016, pp. 616-624.

5. Coates AS, Winer EP, Goldhirsch A, Gelber RD, Gnant M. Tailoring therapies-improving the management of early breast cancer: St Gallen International Expert Consensus on the Primary Therapy of Early Breast Cancer 2015. *Annals of Oncology* 2015; 00: 1-14.
6. A. Modolell Roig, M. D. Sabadell Mercadal, M. Izquierdo Sanz, M. Prats de Puig. "Consenso de St. Gallen 2015", en *Manual de Práctica Clínica en Senología 2015*. Sociedad Española de Senología y Patología Mamaria. <www.sespm.es>.
7. Brizio MP, Rach LM, Perz Rienzi L, Barla G. Estudio de encuesta sobre cáncer de mama en La Comuna Rural mapuche de Lago Rosario. Chubut, 2016.
8. Willet WC, Tamimi RM, Hankinson SE, Hunter DJ, Colditz GA (2010) "Factores no genéticos en la etiología del cáncer de mama", en *Enfermedades de la Mama*. Harris JR, Lippman ME, Morrow M, Osborne CK. Philadelphia (USA): Lippincott Williams & Wilkins, (20) pp. 248-291.
9. Meiss RP, Chuit R. Caracterización del Cáncer de Mama en mujeres de la República Argentina Grupo Colaborativo para el Estudio del Cáncer de Mama en la Argentina. PROYCAM 2014. *Revista Argentina de Mastología* 2016; 36 (129): 65-91.
10. Juárez AM. Edad y estadio de mujeres con cáncer de mama, Hospitales públicos. Córdoba 1998-2003. *Revista de Salud Pública* 2009; (XIII)1: 33-42.
11. Echeverz MC, Gauthier F, Giglio ML, Serafini Villagra C, Zeballos P, de Cabo C. Cáncer de mama: epidemiología y supervivencia en un hospital bonaerense. *Revista Argentina de Mastología* 2018; 37 (134): 43-55.
12. Castillo C, Cabrera ME, Derio P, Gaete F, Cavada G. Resultados del tratamiento del cáncer de mama, Programa Nacional de Cáncer del Adulto. *Revista Médica de Chile* 2017; 145: 1507-1513.
13. Elizalde R, Bustos J, Barbera L et al. Unidades de mastología. El rol del mastólogo dentro del equipo. *Revista Argentina de Mastología* 2015; 34 (124): 7-13.
14. Begue JP, Begue P, Rodríguez L, Blumetti H, Alvarado E. Clasificación molecular (IHO): subtipos intrínsecos y compromiso axilar. *Revista Argentina de Mastología* 2016; 36 (128): 106-123.
15. Costanzo V, Rizzo M, Mandó P et al. Diferencias en la expresión de receptores hormonales y HER2 entre el tumor primario de mama y las metástasis ganglionares sincrónicas. *Revista Argentina de Mastología* 2016; 36 (128): 58-66.
16. Ferreyra Y, Accastello G, Bocco F, Roggero M, Claria R. Prevalencia de los subtipos de cáncer de mama según la clasificación inmunohistoquímica y su relación con las características clínico-patológicas en una clínica privada de la Ciudad de Córdoba. *Revista Argentina de Mastología* 2018; 37 (135): 81-95.
17. Pautas en Oncología: Diagnóstico y estadificación del cáncer de mama. Instituto de Oncología Ángel H. Roffo, 2015, pp. 56-60.

AGRADECIMIENTOS

A los agentes de salud Javier Muñoz, de la zona de Villegas y el Manso, Lorena Luna, de Ñorquincó, a la trabajadora social Dolores Caride, del HAEB. También a Rojas M. Alejandra, médica generalista del HAEB, que colaboró con las encuestas, a la Dra Pía Brizio del Hospital de Esquel y a los Dres Gil Leonardo, Bringas Emiliano y Paz Horacio que colaboraron en la recolección de datos. A la gente de archivo del Hospital Zonal de Bariloche. A Claudia Dapra y Marina Bahamonde, Jefa de Estadística y encargada de archivo respectivamente del HAEB y a mis compañeros de servicio que me cubrieron en mis ausencias del hospital mientras recolectaba los datos.

ANEXO. ENCUESTA. CUESTIONARIO

Edad:

Profesión-ocupación:

Paridad: Lactancia : 6 meses 6-12 meses +12 meses

Menarca:

Menopausia:

Antecedentes personales de cáncer de mama: SÍ NO

Edad de diagnóstico:

Unilateral Bilateral Multifocal

Antecedentes personales de cáncer de ovario: SÍ NO

Antecedentes personales de cáncer de colon: SÍ NO

Antecedentes personales de cáncer de páncreas: SÍ NO

Antecedentes personales de melanoma: SÍ NO

Antecedentes familiares*	Unilateral	Bilateral	Multifocal
Madre			
Hermanas			
Hijas			
Abuela materna			
Abuela paterna			
Tías maternas			
Tías paternas			

*En los casos positivos se colocará la edad de diagnóstico

Antecedentes familiares de cáncer de ovario:	SÍ	NO
Antecedentes familiares de cáncer de colon:	SÍ	NO

¿Alguna vez realizó control clínico mamario? 35 años continuidad	SÍ	NO
--	----	----

Realizó algún estudio de imagen: 35 años 40 años	Mamografía	Ecografía
--	------------	-----------

Para pacientes no controladas:

¿Por qué no se controla?

Falta de conocimiento de la necesidad de hacer los controles

Falta de interés

Miedo a la mamografía -por dolor -por radiación

Dificultad al acceso al sistema de salud

Fuma:	SÍ	NO
-------	----	----

Alcohol:	SÍ	NO
----------	----	----

Peso

Altura

¿Cuál es la causa del cáncer de mama?

DEBATE

Dr. González: Queda a consideración el trabajo ¿Alguna pregunta? ¿Algún comentario?

Dr. Coló: Felicidades, doctora. Sé lo difícil que es hacer este tipo de trabajo de campo, identificando a todas las pacientes y poder acercarse a ellas. En una diapositiva usted mostró que había 4 o 5 causas por las cuales la mujer mapuche no se hacía la mamografía. Dificultades al acceso, su ignorancia, desconocer la mamografía, etc. En otros trabajos anteriores, en un servicio de Esquel, se presentó como una de las dificultades que el marido y el Lonco no permiten que la mujer se acerque a hacerse la mamografía. Usted no lo mencionó en ninguno de sus trabajos. ¿Tiene algún comentario al respecto?

Dra. Fagnan: Yo iba preguntando las causas a todas las pobladoras que entrevisté y ninguna me lo refirió, por eso no lo puse. Si hay mucha agresión hacia la mujer, mucho machismo, y esto de los traumatismos mamarios ocurren porque los hombres les pegan en las mamas y ellas atribuyen el cáncer de mama a esos golpes. Ninguna me dijo que su pareja no le permitía ir al centro de salud o hacerse la mamografía. En líneas generales, la población mapuche –y por ahí más que nada los hombres–, rehúsa usar lo que es la medicina occidental, no les gusta usarla. Por eso no se hacen los controles tampoco.

Dr. González: Una pregunta en relación con eso, porque esto es un tema de educación pero también social y de manejo de fondos para la salud. Veo que hay una alta incidencia de tumores localmente avanzados, tumores en estadios avanzados y además con mal pronóstico desde el punto de vista biológico; y habría que evaluar por qué. Pero, independientemente de eso, si tienen esa educación con respecto a la prevención, la pregunta es: ¿cómo se manejan cuando la pa-

ciente tiene la enfermedad, para ver si siguen los tratamientos, si tienen acceso a centros de tratamiento, de oncología clínica, de cirugía o de radioterapia?

Dra. Fagnan: En principio, si ellas se palpan algo en la mama, lo palpan ellas y no va a ser por un control que haga un médico, porque no hacen los controles. Principalmente, ellos al principio se tratan usando muchas hierbas. En El Bolsón y en todo lo que es la comarca andina está muy expandido el tratamiento con té y con diferentes plantas. Empiezan primero con eso; cuando ven que no da resultado, concurren a la consulta; y la respuesta que podemos darles nosotros en el hospital, que es de baja complejidad, es una respuesta muy rápida. Ni bien llega la paciente, el mismo día se pueden biopsiar. La anatomía patológica se hace en Bariloche, no la hacemos en el hospital, pero en la misma semana viaja y en menos de 15 días tenemos el resultado. El oncólogo, que es de Bariloche, viene cada 15 días al Hospital de El Bolsón y enseguida las ve. Es más difícil conseguir la medicación cuando necesitan la terapia, ya que muchas veces empiezan con neoadyuvancia.

Dr. González: ¿Y el acceso a lo que son los tratamientos primarios, cirugía, marcadores? Por ejemplo, algo que me llamó la atención: creo que casi todas las pacientes tenían los marcadores hechos; ¿eso lo cubre el sistema de salud del Estado o tienen otro tipo de cobertura?

Dra. Fagnan: Si la paciente no tiene obra social, se hace en Bariloche. Si la paciente tiene obra social, se hace en Esquel. Cuando Bariloche manda la muestra a Buenos Aires tarda mucho más que cuando va para Esquel. Por el camino privado uno tiene la opción de hacerlo más rápido, en una semana está el resultado. Se

manda a Esquel a la Dra. Salvagno, y ella en una semana nos manda el resultado. Tampoco cobra caro, así que muchas veces la paciente lo paga y el resultado está relativamente rápido.

Dr. González: ¿Alguna otra pregunta, algún comentario? Bueno, primero, doctora, quiero felicitarla porque, como decía el Dr. Coló, todos estos trabajos para nosotros son muy

importantes ya que nos muestran una realidad que no queremos ver. Desde ya, la Sociedad de Mastología les ofrece su apoyo total en cuanto a lo que necesiten para mejorar: la educación, el tratamiento y obviamente la información de todas las poblaciones que puedan ser ayudadas. Muchas gracias por el trabajo.