



Datos y Estadísticas sobre el Cáncer en los Hispanos/Latinos 2006-2008



**American
Cancer
Society®**

**Sociedad Americana
del Cáncer®**

Contenido

Estadísticas sobre el cáncer	1
Cánceres específicos	7
Tipos de cáncer con mayor incidencia entre los hispanos	9
El cáncer en los niños y adolescentes	12
Factores socioeconómicos que influyen en el cáncer	14
Factores de riesgo del cáncer	16
Pruebas de detección del cáncer	21
Guías para la detección del cáncer	22
Promoción, asesoría, investigación y programas para reducir las disparidades del cáncer	24
Fuentes estadísticas	26
Factores que influyen en la incidencia y mortalidad del cáncer	27
Referencias	29

Agradecimientos

Deseamos expresar nuestra gratitud a la doctora Montse García, investigadora del Instituto Catalán de Oncología de Barcelona (España) por su importante contribución a este documento. La doctora García contó con el apoyo de la Unión Internacional contra el Cáncer (UICC) mediante una beca para la transferencia internacional de tecnología oncológica (ICR 05/143, 2005).

La elaboración de este informe no hubiera sido posible sin la colaboración de las siguientes personas: Priti Bandi, MS; Elizabeth Connor, MA, MSHA; Rebecca Cowens-Alvarado, MPH; Ronit Elk, PhD; Greta Greer, MSW; Ellen Jo Heier, MHS; Elmer Huerta, MD, MPH; Taylor Murray; Eve Nagler, MPH; David Noel; Alicia Samuels, MPH; Nancy Single, PhD; Carol Smigal, MPH; Susan Summers; Michael Thun, MD, MS; y Ed Trapido, ScD.

Datos y Estadísticas sobre el Cáncer en los Hispanos/Latinos es una publicación periódica de la Sociedad Americana del Cáncer, Atlanta, Georgia.

Para más información, dirigirse a:

Rebecca Siegel, MPH

Vilma Cokkinides, PhD, MSPH

Ahmedin Jemal, DVM, PhD

Elizabeth Ward, PhD

Departamento de Epidemiología y Vigilancia

El propósito de esta publicación es ofrecer de forma resumida la información científica más actualizada acerca del cáncer. Salvo indicarse lo contrario, no representa la postura oficial de la Sociedad Americana del Cáncer.



**Sociedad Americana
del Cáncer®**

Sede: American Cancer Society, Inc., 1599 Clifton Road, NE, Atlanta, GA 30329-4251, (404) 320-3333

©2006, American Cancer Society, Inc. Reservados todos los derechos, inclusive el derecho de reproducir el contenido de esta publicación, total o parcialmente, por cualquier medio.

Para obtener autorización por escrito dirigirse a: Legal Department of the American Cancer Society, 1599 Clifton Road, NE, Atlanta, GA 30329-4251.

Estadísticas sobre el cáncer

Introducción

Unos 42 millones de estadounidenses, es decir, el 14% de la población del país, se identifican como hispanos o latinos* según estimaciones de la Oficina del Censo de EE.UU. correspondientes al año 2004. De estas personas, un 60%, aproximadamente, ha nacido en los EE.UU., mientras que el 40% restante lo ha hecho en el extranjero (no son ciudadanos estadounidenses de nacimiento). Cerca del 60% de los hispanos son de ascendencia mexicana, seguidos de los puertorriqueños (9.7%), centroamericanos (5.1%), sudamericanos (4%), cubanos (3.5%), dominicanos (2.3%), españoles (0.3%) y otras personas de orígenes diversos. Las comunidades de subpoblaciones hispanas tienden a concentrarse en ciertas regiones (figura 1): el 50% de los mexicanos vive en la región oeste del país, el 60% de los puertorriqueños en el noreste y casi el 80% de los cubanos lo hace en el sur.

En este informe se presentan estadísticas acerca de la incidencia, mortalidad, supervivencia y factores de riesgo del cáncer entre los hispanos. Su propósito es informar a los líderes comunitarios, trabajadores de los

sectores de la atención médica y la salud pública, así como a otras personas interesadas en la prevención, la detección temprana y el tratamiento del cáncer entre los hispanos que residen en Estados Unidos.

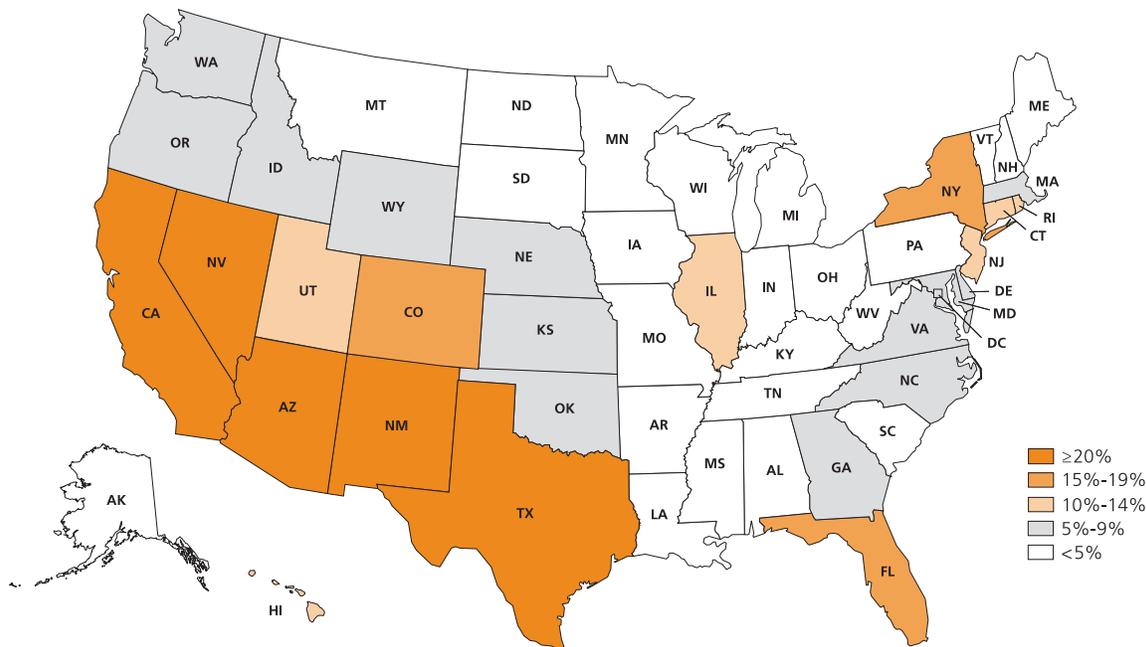
¿Qué es el cáncer?

Se denomina cáncer a un grupo de enfermedades caracterizadas por el crecimiento incontrolado y la propagación de células anormales. Su causa tiene factores tanto externos (tabaco, organismos infecciosos, alimentación deficiente, sustancias químicas y radiación) como internos (mutaciones heredadas, hormonas, problemas inmunológicos y mutaciones debidas al metabolismo). A menudo transcurren diez o más años entre la exposición a factores externos y la detección del cáncer.

¿Se puede prevenir el cáncer?

La mayoría de los cánceres que se desarrollan por causa externas, tales como el tabaco y los organismos infecciosos, se pueden prevenir. Los cánceres de colon y

Figura 1. Proporción estimada de la población hispana/latina en los EE.UU., 2004



Fuente: División de población. Oficina del Censo de EE.UU.

*Los términos "hispano" y "latino" se utilizan indistintamente para referirse al mismo grupo étnico. Por consiguiente, la información relacionada con la salud que se ofrece en este documento con el apelativo "hispano" incluye y hace referencia asimismo a la población "latina". Se ofrecen datos divididos por subpoblaciones siempre que sea posible. Los datos sobre puertorriqueños hacen referencia a personas que viven en la zona continental de EE.UU.

recto pueden prevenirse evitando factores de riesgo tales como la obesidad y la inactividad física, así como mediante la detección temprana y la extirpación de lesiones precancerosas. El cáncer de cuello uterino se puede prevenir vacunándose contra el virus del papiloma humano y también mediante la detección temprana y la eliminación de anomalías del cuello uterino. Las pruebas de detección pueden descubrir en una etapa inicial los cánceres de seno, colon y recto, así como el cáncer de cuello uterino, de la próstata, cavidad bucal y piel, con lo cual aumentan las probabilidades de éxito del tratamiento. El cáncer se trata mediante cirugía, radiación, quimioterapia, hormonas e inmunoterapia.

¿Quién puede tener cáncer?

El cáncer puede afectar a cualquier persona. Dado que la mayoría de los cánceres en personas adultas requieren muchos años para formarse, la probabilidad de padecer cáncer aumenta con la edad (tabla 1). Entre los hispanos, la edad media del diagnóstico de cáncer es de 62 años. En términos generales, algo menos del 50% de los hombres hispanos y el 30% de las mujeres hispanas se verán afectados por el cáncer a lo largo de su vida. La probabilidad de morir de cáncer es del 20% para los hombres y del 17% para las mujeres. El cáncer es la segunda causa de mortalidad y es responsable del 20% de la mortalidad entre los hispanos de EE.UU. (figura 2).

¿Cuántos casos nuevos de cáncer y cuántos fallecimientos se esperan en 2006?

Casos nuevos: Durante el año 2006 se calcula que se diagnosticarán unos 39,940 casos nuevos de cáncer en los hombres hispanos y 42,140 en las mujeres hispanas (figura 3). Se prevé que el cáncer de próstata sea el más comúnmente diagnosticado en hombres y el de seno en mujeres. Los cánceres de colon y recto, y de pulmón serán el segundo y tercer cáncer más frecuentemente diagnosticado en ambos sexos. Los cuatro cánceres más comunes (seno, próstata, colon y recto, y pulmón) representan cerca del 50% del total de los casos tanto en hombres como en mujeres.

Mortalidad: Se espera que en 2006 mueran de cáncer unos 12,320 hombres hispanos y unas 11,000 mujeres hispanas (figura 3). Entre los hombres, se prevé que el cáncer de pulmón sea responsable, aproximadamente, del 21% de la totalidad de las muertes, seguido del cáncer de colon y recto (11%) y el de próstata (9%). Entre las mujeres, el cáncer de seno es el que tiene una mayor incidencia de mortalidad (16% del total), seguido del cáncer de pulmón (14%) y el de colon y recto (9%). Por el contrario, el cáncer de pulmón es el que más muertes causa entre las mujeres no hispanas.

Tabla 1. Probabilidades de desarrollar un cáncer invasivo entre los hispanos según grupos de edad y sexo, EE.UU., 2001 a 2003*

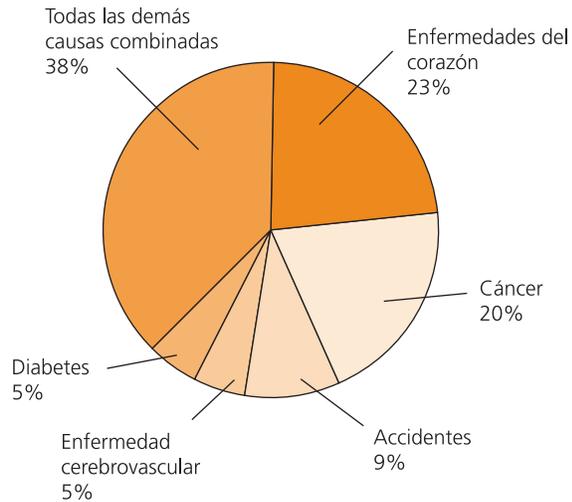
		Nacimiento a 39 (%)	40 a 59 (%)	60 a 69 (%)	70 en adelante (%)	Nacimiento a muerte (%)
Todos los tipos [†]	Hombres	1.11 (1 en 90)	5.91 (1 en 17)	12.69 (1 en 8)	36.84 (1 en 3)	40.95 (1 en 2)
	Mujeres	1.63 (1 en 61)	7.07 (1 en 14)	7.87 (1 en 13)	24.03 (1 en 4)	33.30 (1 en 3)
Seno	Mujeres	.37 (1 en 268)	2.91 (1 en 34)	2.38 (1 en 42)	4.78 (1 en 21)	9.23 (1 en 11)
Colon y recto	Hombres	.06 (1 en 1,699)	.72 (1 en 139)	1.38 (1 en 73)	4.17 (1 en 24)	5.03 (1 en 20)
	Mujeres	.06 (1 en 1,597)	.55 (1 en 181)	.89 (1 en 112)	3.63 (1 en 28)	4.48 (1 en 22)
Hígado y conducto biliar intrahepático	Hombres	.01 (1 en 6,882)	.37 (1 en 272)	.45 (1 en 222)	.94 (1 en 107)	1.46 (1 en 69)
	Mujeres	.01 (1 en 9,928)	.08 (1 en 1,321)	.17 (1 en 577)	.61 (1 en 165)	.76 (1 en 132)
Pulmón y bronquios	Hombres	.02 (1 en 5,782)	.45 (1 en 220)	1.30 (1 en 77)	4.85 (1 en 21)	5.21 (1 en 19)
	Mujeres	.02 (1 en 5,384)	.34 (1 en 292)	.77 (1 en 130)	2.71 (1 en 37)	3.36 (1 en 30)
Melanoma	Hombres	.02 (1 en 4,706)	.08 (1 en 1,331)	.10 (1 en 996)	.36 (1 en 277)	.45 (1 en 221)
	Mujeres	.06 (1 en 1,755)	.12 (1 en 844)	.09 (1 en 1,076)	.27 (1 en 373)	.49 (1 en 205)
Próstata	Hombres	<.01 (1 en 20,041)	1.70 (1 en 59)	5.73 (1 en 17)	14.01 (1 en 7)	16.29 (1 en 6)
Estómago	Hombres	.03 (1 en 3,669)	.24 (1 en 413)	.41 (1 en 242)	1.57 (1 en 64)	1.80 (1 en 56)
	Mujeres	.03 (1 en 3,970)	.18 (1 en 567)	.23 (1 en 433)	1.12 (1 en 89)	1.36 (1 en 73)
Cuello uterino	Mujeres	.19 (1 en 539)	.50 (1 en 200)	.27 (1 en 371)	.35 (1 en 283)	1.22 (1 en 82)

*Para aquellas personas sin cáncer al inicio del intervalo de edad. Basado en casos de cáncer diagnosticados de 2001 a 2003. †Excluye los cánceres de células basales y de células escamosas de la piel, y los carcinomas in situ (son cánceres incipientes, en sus etapas iniciales, se producen cambios cancerosos de las células epiteliales sin ninguna invasión en los tejidos más profundos), excepto el de vejiga urinaria.

Fuente: DevCan: Software "Probabilidad de padecer o morir de cáncer", versión 6.1.0. Sección de Aplicaciones e Investigación Estadística, Instituto Nacional del Cáncer, 2006. <http://srab.cancer.gov/devcan>

American Cancer Society, Surveillance Research, 2006

Figura 2. Principales causas de mortalidad entre los hispanos de todas las edades, 2003



Fuente: Datos de uso público sobre mortalidad en los EE.UU., 2003. Centro Nacional de Datos Estadísticos sobre Salud, Centros para el Control y la Prevención de las Enfermedades, 2006. Se excluyeron datos de New Hampshire y Dakota del Norte debido a certificados de defunción incompletos.
American Cancer Society, Surveillance Research, 2006

¿Cómo han cambiado las tasas del cáncer a lo largo del tiempo?

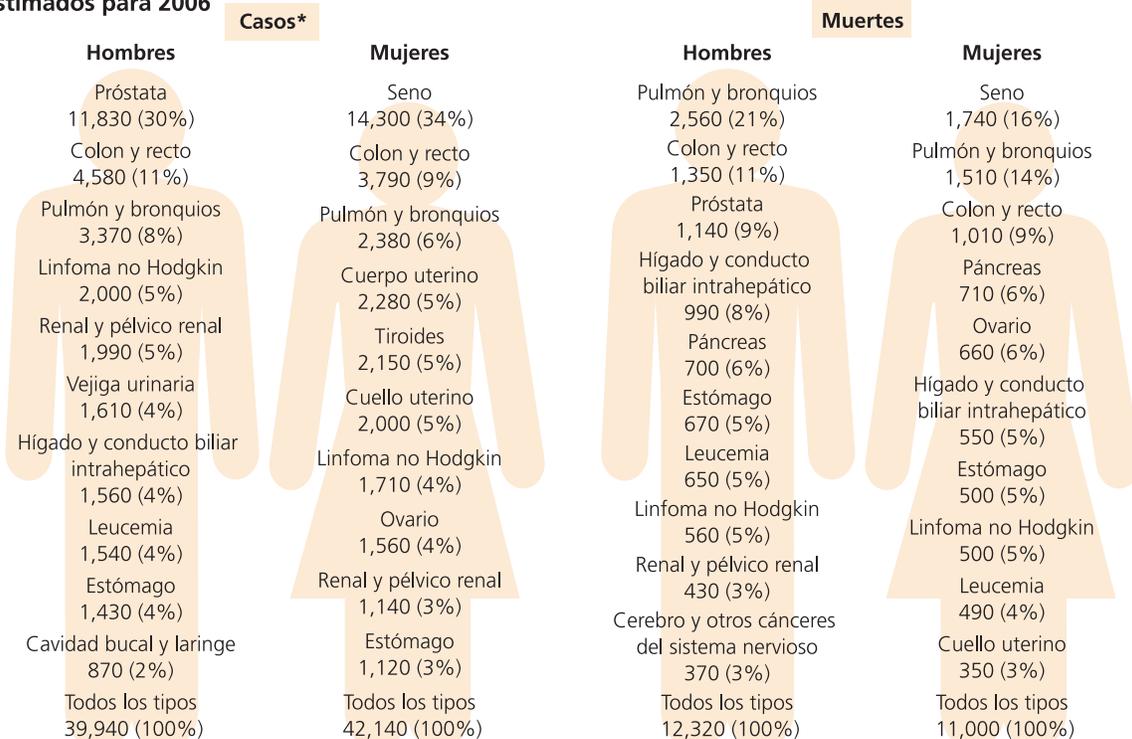
Tendencias en las tasas de incidencia del cáncer:

Disponemos de tasas de incidencia del cáncer entre los hispanos desde 1992. Al examinar las tendencias en un período de 10 años (1994-2003), las tasas de incidencia de todos los cánceres combinados en hombres latinos descendieron un promedio del 1.1% cada año (figura 4), lo cual supone un mayor descenso que entre los hombres blancos no hispanos (0.5% al año)¹. En el mismo intervalo, las tasas de incidencia de todos los cánceres combinados entre las mujeres, tanto hispanas como blancas no hispanas, variaron muy poco¹.

Tendencias en las tasas de mortalidad del cáncer:

Las tasas de mortalidad de todos los cánceres combinados descendieron durante el intervalo comprendido entre 1994 y 2003 un promedio del 1.5% anual entre los hombres hispanos y del 0.5% anual entre las mujeres hispanas¹. El descenso anual promedio entre los blancos no hispanos en el mismo período fue de 1.4% en hombres y de 0.7% en mujeres¹.

Figura 3. Principales localizaciones tumorales: nuevos casos de cáncer y mortalidad entre hispanos; datos estimados para 2006



*Se excluyen todos los cánceres de células basales y escamosas de la piel, así como los cánceres in situ (son cánceres incipientes, en sus etapas iniciales, se producen cambios cancerosos de las células epiteliales sin ninguna invasión en los tejidos más profundos), excepto el de vejiga urinaria.

Nota: Es posible que los totales porcentuales no constituyan un 100% debido al redondeo de las cifras.

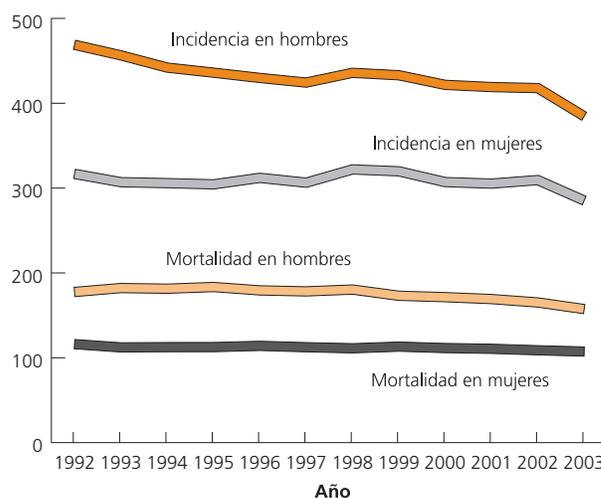
© American Cancer Society, Surveillance Research, 2006

¿Cuáles son las mayores diferencias relacionadas con el cáncer entre los hispanos y los blancos no hispanos?

Tasas de incidencia y mortalidad: En la tabla 2 se indican las diferencias en las tasas de incidencia y mortalidad del cáncer entre los hispanos y los blancos no hispanos en los EE.UU. Por lo que respecta al conjunto de todos los cánceres, así como a los cánceres más comunes (próstata, seno en mujeres, colon y recto, y pulmón), las tasas de incidencia y mortalidad entre los hispanos son más bajas que las de los blancos no hispanos. Los cánceres con mayores tasas de incidencia y mortalidad entre los hispanos son los de estómago, hígado, cuello uterino, leucemia linfocítica aguda y vesícula biliar. Los cambios en las tasas de incidencia y mortalidad de la mayoría de estos cánceres se indican en la figura 5. Es importante observar que los datos estadísticos sobre el cáncer en los hispanos podrían ocultar amplias variaciones en cuanto a la incidencia y mortalidad en poblaciones específicas según el país de origen.

La incidencia y mortalidad del cáncer entre los hispanos que viven en los EE.UU. es, en general, similar a la observada en sus países de origen sobre los que existen datos. Comparadas con las tasas en los EE.UU., la incidencia de los cánceres de seno, colon y recto, pulmón y próstata es más baja en Puerto Rico, Cuba, América Central y América del Sur, mientras que las tasas de incidencia de los cánceres de cuello uterino, de

Figura 4. Tendencias en las tasas de incidencia y mortalidad de todos los cánceres combinados entre los hispanos* por sexo, 1992-2003



*Los hispanos no son mutuamente excluyentes de los blancos, afroamericanos, asiáticos/isleños del Pacífico e indios americanos/nativos de Alaska.

Fuente: Incidencia – Programa de Vigilancia, Epidemiología y Resultados Finales (SEER), 13 áreas SEER, excluidos Hawai, Seattle y el Registro de Nativos de Alaska, Instituto Nacional del Cáncer, 2006. Los datos de los hispanos se basan en el Algoritmo de Identificación Hispana (NHIA) NAACCR. Mortalidad – Centro Nacional de Datos Estadísticos sobre Salud, Centros para el Control y la Prevención de las Enfermedades, 2006. Se excluyeron los registros de Connecticut, Maine, Maryland, Minnesota, New Hampshire, Nueva York, Dakota del Norte, Oklahoma y Vermont, por datos incompletos.

Tabla 2. Tasas de incidencia y mortalidad del cáncer* y razón de tasas comparando hispanos y blancos no hispanos, 2000-2003

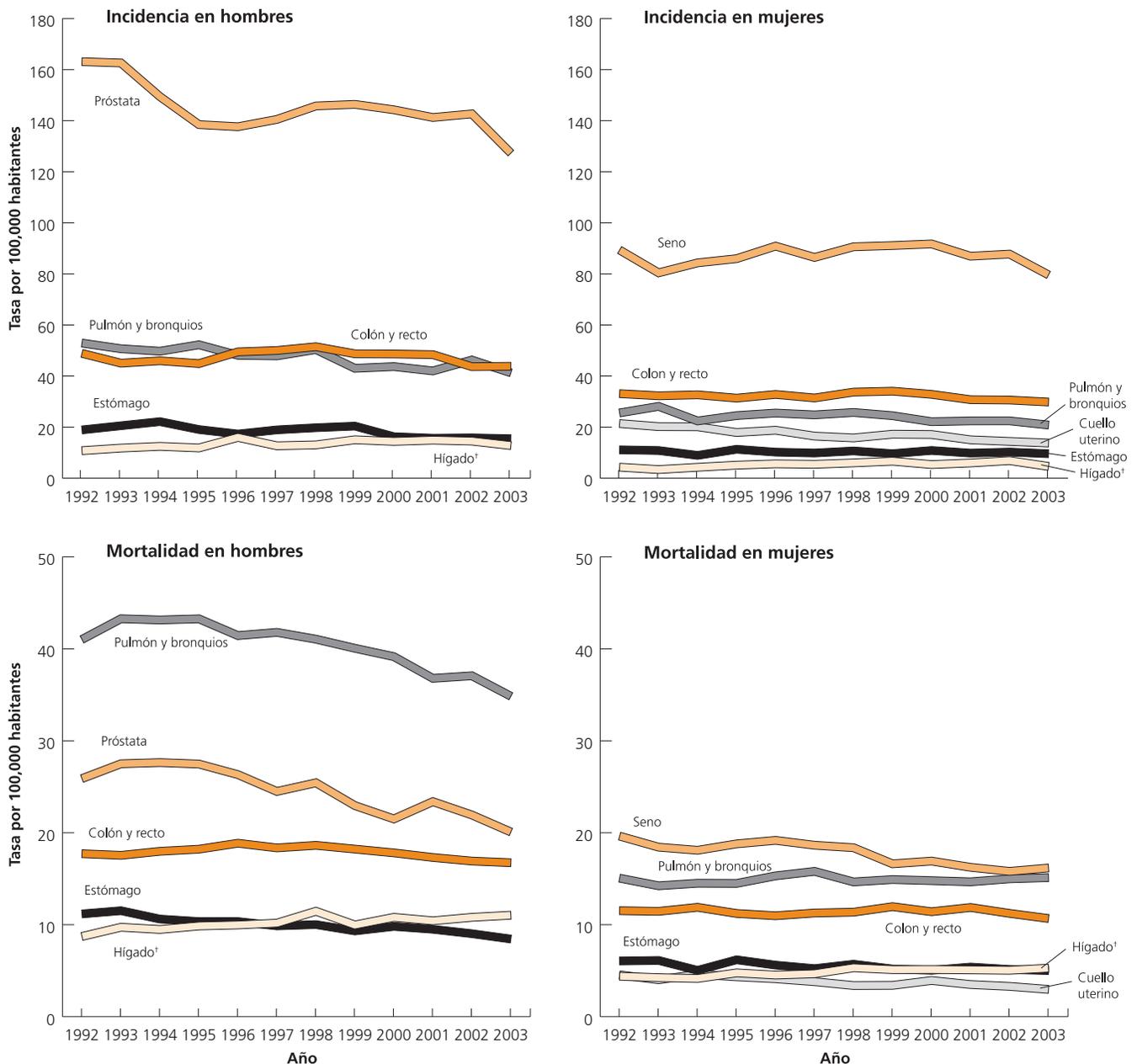
Incidencia	Hombres			Mujeres		
	Hispanos	Blancos no hispanos	Razón de tasas [†]	Hispanos	Blancos no hispanos	Razón de tasas [†]
Todos los tipos	419.1	574.0	0.7	310.9	438.8	0.7
Próstata	141.1	167.9	0.8	–	–	–
Seno (mujeres)	–	–	–	89.1	140.6	0.6
Colon y recto	47.3	62.7	0.8	32.7	45.7	0.7
Pulmón y bronquios	44.7	81.9	0.5	24.0	56.8	0.4
Estómago	15.9	9.5	1.7	9.6	4.1	2.3
Cuello uterino	–	–	–	14.2	7.3	1.9
Hígado y conducto biliar intrahepático	14.1	6.9	2.0	5.6	2.5	2.2
Leucemia linfocítica aguda	2.3	1.7	1.4	2.0	1.3	1.5
Vesícula biliar	1.5	0.7	2.0	3.4	1.1	3.0

Mortalidad	Hombres			Mujeres		
	Hispanos	Blancos no hispanos	Razón de tasas [†]	Hispanos	Blancos no hispanos	Razón de tasas [†]
Todos los tipos	165.1	241.7	0.7	108.1	166.3	0.7
Próstata	21.8	26.2	0.8	–	–	–
Seno (mujeres)	–	–	–	16.2	25.8	0.6
Colon y recto	17.3	23.8	0.7	11.3	16.5	0.7
Pulmón y bronquios	36.6	76.2	0.5	14.7	44.3	0.3
Estómago	9.1	5.0	1.8	5.1	2.4	2.1
Cuello uterino	–	–	–	3.4	2.3	1.5
Hígado y conducto biliar intrahepático	10.7	6.1	1.8	5.0	2.6	1.9
Leucemia linfocítica aguda	0.8	0.6	1.3	0.6	0.4	1.6
Vesícula biliar	0.8	0.5	1.8	1.4	0.7	1.9

*Las tasas son por 100,000 habitantes y se ajustan según la edad a la población estándar de EE.UU. el año 2000. [†]Las razones de tasas se calculan como la tasa de incidencia de los hispanos dividida entre la tasa de incidencia de los blancos no hispanos. [‡]Los índices de mortalidad se calculan como la tasa de mortalidad de los hispanos dividida entre la tasa de mortalidad de los blancos no hispanos. Nota: Los hispanos no son mutuamente excluyentes de los blancos, afroamericanos, asiáticos/isleños del Pacífico e indios americanos/nativos de Alaska.

Fuente: Incidencia – Programa de Vigilancia, Epidemiología y Resultados Finales (SEER), 17 registros SEER, 2000 a 2003, División de Control del Cáncer y Ciencias de la Población, Instituto Nacional del Cáncer, 2006. Los datos de incidencia de los hispanos y de los blancos no hispanos se basan en el Algoritmo de Identificación Hispana (NHIA) NAACCR y excluyen los casos de Hawai, Seattle, el Registro de Nativos de Alaska y Kentucky. Mortalidad – Centro Nacional de Datos Estadísticos sobre Salud, Centros para el Control y la Prevención de las Enfermedades, 2006. Se excluyeron datos de Minnesota, New Hampshire y Dakota del Norte.

Figura 5. Tasas de incidencia y mortalidad del cáncer en los hispanos* según localización tumoral, 1992-2003



*Los hispanos no son mutuamente excluyentes de los blancos, afroamericanos, asiáticos/isleños del Pacífico e indios americanos/nativos de Alaska. †El hígado incluye el conducto biliar intrahepático.

Fuente: Incidencia – Programa de Vigilancia, Epidemiología y Resultados Finales (SEER), 13 áreas SEER, excluidos Hawaii, Seattle y el Registro de Nativos de Alaska, Instituto Nacional del Cáncer, 2006. Los datos de los hispanos se basan en el Algoritmo de Identificación Hispana (NHIA) NAACCR. Mortalidad – Centro Nacional de Datos Estadísticos sobre Salud, Centros para el Control y la Prevención de las Enfermedades, 2006. Se excluyeron los registros de Connecticut, Maine, Maryland, Minnesota, New Hampshire, Nueva York, Dakota del Norte, Oklahoma y Vermont, por datos incompletos.

hígado y de estómago son más altas². Existe cierta evidencia que indica que los descendientes de emigrantes hispanos tienen tasas de cáncer que se aproximan a las de los blancos no hispanos debido a la aculturación³⁻⁵. El término “aculturación” hace referencia al proceso por el cual los emigrantes adoptan las actitudes, valores, costumbres, creencias y conductas

de su nueva cultura. Entre los emigrantes hispanos a los Estados Unidos estos cambios pueden incluir un aumento en el hábito de fumar, la obesidad y el consumo de alcohol, y un descenso en la calidad de su dieta y en la actividad física⁶.

Distribución por estadios y supervivencia: Según el sistema de estadificación resumido del programa de

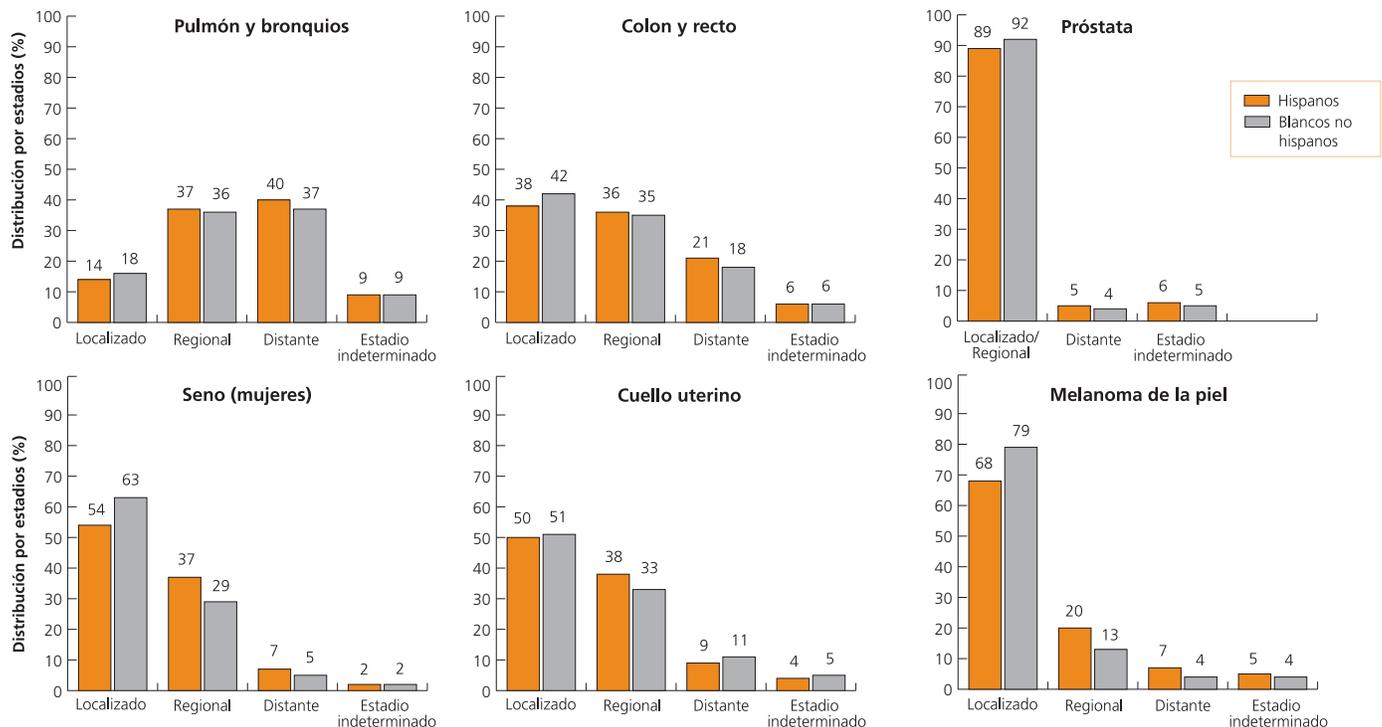
Vigilancia, Epidemiología y Resultados Finales (SEER) del Instituto Nacional del Cáncer, se entiende por etapa o estadio de la enfermedad el alcance o propagación del cáncer en el momento del diagnóstico. El estadio local describe un cáncer maligno que está limitado al órgano de origen. El cáncer que se diagnostica en estadio regional indica que se ha extendido desde su punto original a los órganos o tejidos circundantes, o a los nódulos linfáticos próximos. El cáncer de estadio distante se ha extendido a órganos lejanos. En general, cuanto más se ha extendido el cáncer, menores son las probabilidades de eficacia del tratamiento. Aunque los hispanos tienen tasas de incidencia y mortalidad más bajas que los blancos no hispanos con respecto a la mayoría de los cánceres más comunes, las probabilidades de que su cáncer se diagnostique en una etapa más avanzada son más altas (figura 6).

Las tasas de supervivencia indican el porcentaje de los pacientes que siguen con vida durante un período específico después de haberseles diagnosticado un cáncer. La medida de supervivencia de uso más común para la población general es la supervivencia relativa, es decir, el índice de supervivencia observado en un grupo de pacientes de cáncer, dividido por la supervivencia

esperada en un grupo comparable de personas sin cáncer. Dado que no existen datos sobre la supervivencia esperada de los hispanos, se utiliza una medida alternativa, la supervivencia por causa específica. La supervivencia por causa específica es la probabilidad de sobrevivir a una enfermedad específica en un período de tiempo determinado (normalmente 5 años) después del diagnóstico. Para comparar la supervivencia al cáncer de los hispanos y de los blancos no hispanos, se calcula un riesgo relativo ajustado para tener en cuenta posibles diferencias de edad y de estadio en el momento del diagnóstico.

Las mujeres hispanas tienen tasas más bajas de supervivencia para la mayoría de los cánceres, incluso después de tener en cuenta las diferencias en edad y distribución por estadios (tabla 3)⁷. Por ejemplo, podemos determinar que un hombre hispano con cáncer de estómago tiene un 26% más de probabilidades de morir de cáncer de estómago durante los 5 años posteriores al diagnóstico que un hombre blanco no hispano de su misma edad y cuya enfermedad se encuentra en el mismo estadio. Estas diferencias podrían reflejar un menor acceso a un tratamiento de alta calidad iniciado a tiempo.

Figura 6. Distribución por estadios de cánceres específicos en hispanos* y en blancos no hispanos 2000-2003



*Los hispanos no son mutuamente excluyentes de los blancos, afroamericanos, asiáticos/isleños del Pacífico e indios americanos/nativos de Alaska.

Nota: Es posible que los totales porcentuales no constituyan un 100% debido al redondeo de las cifras.

Fuente: Programa de Vigilancia, Epidemiología y Resultados Finales (SEER), 17 registros SEER, 2000 a 2003, División de Control del Cáncer y Ciencias de la Población, Instituto Nacional del Cáncer, 2006. Los datos de incidencia de los hispanos y de los blancos no hispanos se basan en el Algoritmo de Identificación Hispánica (NHIA) NAACCR. Se excluyen los casos de Hawaii, Seattle, el Registro de Nativos de Alaska y Kentucky.

Cánceres específicos

Seno (mujeres)

Casos nuevos: El cáncer de seno es el que se diagnostica más comúnmente entre las mujeres hispanas. Se calcula que en 2006 se diagnosticará esta enfermedad a unas 14,300 mujeres hispanas. Algunos de los factores que incrementan el riesgo de cáncer de seno —edad, antecedentes familiares, primer embarazo exitoso a una edad más avanzada, menarquía (comienzo de la menstruación) a edad temprana y menopausia a una edad más avanzada— no se pueden modificar⁸. Otros factores, tales como la obesidad después de la menopausia, la terapia hormonal sustitutiva, el consumo de alcohol y la inactividad física sí se pueden modificar, al menos en potencia⁸. La tasa de incidencia del cáncer de seno entre las mujeres hispanas es un 40% inferior, aproximadamente, a la de las mujeres blancas no hispanas (tabla 2). Esto podría deberse en parte a los modelos reproductivos protectores (embarazos a edad más temprana y un número mayor de hijos), así como al menor uso de terapia hormonal sustitutiva⁹⁻¹¹. Podría reflejar asimismo un número más bajo de diagnósticos debido a la menor utilización de la mamografía¹⁰. La incidencia del cáncer de seno en las mujeres post-

menopáusicas podría reducirse manteniendo un peso corporal saludable¹². De 1994 a 2003, las tasas de incidencia del cáncer de seno entre las mujeres latinas variaron muy poco¹.

Mortalidad: Se espera que en 2006 mueran de cáncer de seno 1,740 mujeres hispanas. El cáncer de seno es la principal causa de mortalidad debida al cáncer entre las mujeres hispanas. El descenso promedio anual del 2.2% en la tasa de mortalidad del cáncer observado entre las mujeres hispanas de 1994 a 2003 fue similar al observado entre las mujeres blancas no hispanas (2.4% anual)¹.

Distribución por estadios y supervivencia: Es menos probable que el cáncer de seno se diagnostique en una etapa inicial en las mujeres hispanas que en las mujeres blancas no hispanas (figura 6). Por ejemplo, durante el período comprendido entre los años 2000 y 2003, el 54% de los cánceres de seno entre las mujeres hispanas se diagnosticaron en su estadio local, en comparación con un 63% entre las mujeres blancas no hispanas. Asimismo, es más probable que se diagnostiquen tumores más grandes entre las mujeres hispanas que

Tabla 3. Supervivencia específica por cáncer a 5 años y riesgo relativo de mortalidad*, ajustado por la edad y el estadio, según diferentes localizaciones tumorales , 1992-2000

	Supervivencia por causa específica (%)		Riesgo relativo de mortalidad por cáncer ajustado (95% CI)**	
	Hispanos	Blancos no hispanos	Hispanos	Blancos no hispanos
Hombres				
Todos los tipos	65.1	67.6	1.16 (1.14-1.18)	1.0
Próstata	90.0	92.0	1.12 (1.05-1.19)	1.0
Pulmón y bronquios	14.4	16.0	1.08 (1.04-1.12)	1.0
Colon y recto	60.9	64.0	1.05 (0.99-1.11)	1.0
Estómago	28.0	34.9	1.26 (1.18-1.36)	1.0
Hígado y conducto biliar intrahepático	15.1	12.7	1.09 (1.01-1.18)	1.0
Melanoma de la piel	77.1	86.5	1.08 (0.88-1.34)	1.0
Mujeres				
Todos los tipos	66.8	67.0	1.20 (1.18-1.22)	1.0
Seno	83.0	87.5	1.22 (1.16-1.28)	1.0
Colon y recto	61.3	63.4	1.05 (0.99-1.11)	1.0
Pulmón y bronquios	18.1	20.2	1.04 (1.00-1.09)	1.0
Cuello uterino	81.1	77.2	0.77(0.69-0.85)	1.0
Estómago	29.0	31.0	1.12 (1.03-1.22)	1.0
Hígado y conducto biliar intrahepático	18.5	15.9	1.07 (0.96-1.20)	1.0
Melanoma de la piel	86.8	92.2	1.23 (0.97-1.55)	1.0

*Razón de tasas

**Hasta cinco años de seguimiento. Los riesgos relativos de todos los cánceres combinados se ajustan según la edad en el momento del diagnóstico, usando el modelo Cox estratificado, y los tipos de cáncer se ajustan según la edad y el estadio del tumor.

Fuente: Jemal A., et al. Annual report to the nation on the status of cancer, 1975-2001, with a special feature regarding survival. [Informe anual a la nación sobre la situación del cáncer, 1975-2001, con una indicación especial referente a la supervivencia]. *Cancer*. 2004; 101: 3-27.

entre las mujeres blancas no hispanas¹³. Las diferencias en la utilización de mamografías y el retraso en el seguimiento de los resultados anormales de las pruebas de detección podrían contribuir a esta diferencia. Las mujeres hispanas tienen un 20% más de probabilidades de morir de cáncer de seno que las mujeres blancas no hispanas a las que se les diagnostica la enfermedad a una edad y estadio similares (tabla 3)⁷.

Colon y recto

Casos nuevos: Se calcula que en 2006 se diagnosticará cáncer de colon o recto a 4,580 hombres hispanos y a 3,790 mujeres hispanas. El cáncer colorrectal es el segundo más comúnmente diagnosticado tanto en las mujeres como en los hombres hispanos. Las tasas de incidencia del cáncer colorrectal entre los hombres y las mujeres hispanos son de un 20 a un 30% más bajas que entre los blancos no hispanos (tabla 2). No obstante, las tasas entre hispanos que viven en los EE.UU. son más altas que las observadas en los países de habla hispana de América Central y América del Sur¹⁴. El cáncer colorrectal es poco común en países en vías de desarrollo pero sí lo es en países ricos, en los que las dietas tienden a tener un mayor contenido de grasas, hidratos de carbono refinados y proteínas animales, y donde los niveles de actividad física son bajos.

Los factores que incrementan el riesgo de padecer cáncer colorrectal incluyen antecedentes personales o familiares de pólipos o cáncer colorrectal, enfermedad inflamatoria intestinal, síndromes heredados, obesidad, consumo de alcohol y consumo de carne roja^{15,16}. Los factores que protegen contra el cáncer colorrectal incluyen la actividad física ocupacional o recreativa, una dieta alta en frutas y verduras, el uso de fármacos antiinflamatorios, la terapia hormonal sustitutiva (mujeres) y la detección y extirpación de pólipos mediante pruebas de detección antes de que se hagan cancerígenos¹⁵.

No se observó un cambio significativo en las tasas de incidencia del cáncer colorrectal de 1994 a 2003 en las mujeres y los hombres hispanos¹.

Mortalidad: Se espera que en 2006 mueran de cáncer colorrectal 1,350 hombres hispanos y 1,010 mujeres hispanas. El cáncer colorrectal constituye la segunda causa de mortalidad debida al cáncer entre los hombres hispanos y la tercera entre las mujeres hispanas. Las tasas de mortalidad del cáncer colorrectal entre 1994 y 2003 entre los hombres hispanos han descendido, aunque las correspondientes a las mujeres hispanas no han variado¹.

Distribución por estadios y supervivencia: El cáncer colorrectal se puede tratar satisfactoriamente si se detecta a tiempo. La tasa de supervivencia relativa a los cinco años de su diagnóstico en un estadio localizado es del 90%, aunque desciende al 68% y al 10% cuando se diagnostica en un estadio regional y distante,

respectivamente. Sólo se diagnostican en un estadio localizado un 40% de los casos. Las probabilidades de un diagnóstico de cáncer colorrectal en estadio avanzado son mayores en los hombres latinos que en los hombres blancos no hispanos (figura 6); además, tienen una menor probabilidad de supervivencia después del diagnóstico teniendo en consideración las diferencias en edad y estadio⁷. Entre los factores que podrían contribuir a estas disparidades en supervivencia destacan el menor uso de pruebas de detección del cáncer colorrectal y un menor acceso a un tratamiento de alta calidad iniciado a tiempo¹⁷.

Pulmón y bronquios

Casos nuevos: Se calcula que en 2006 se diagnosticará cáncer de pulmón a 3,370 hombres hispanos y a 2,380 mujeres hispanas. El cáncer de pulmón es el tercero más comúnmente diagnosticado tanto en las mujeres como en los hombres hispanos. El tabaco es el mayor factor de riesgo para la formación del cáncer de pulmón, siendo responsable del 88% y del 71%, respectivamente, de los casos en hombres y mujeres¹⁸. Debido a que, tradicionalmente, las tasas de fumadores son menores entre los hispanos, la incidencia del cáncer de pulmón entre los hispanos es un 50% más baja, aproximadamente, que la de los blancos no hispanos (tabla 2). De 1994 a 2003, las tasas de incidencia del cáncer de pulmón disminuyeron un promedio del 2.2% anual en los hombres hispanos y del 1.5% anual en las mujeres hispanas¹. El descenso entre las mujeres hispanas, que aún no se ha hecho patente entre las mujeres no hispanas, podría reflejar la llegada de nuevas inmigrantes jóvenes que, probablemente, no fuman.

Mortalidad: Se espera que en 2006 mueran de cáncer de pulmón 2,560 hombres hispanos y 1,510 mujeres hispanas. El cáncer de pulmón es la principal causa de mortalidad debida al cáncer entre los hombres hispanos y la segunda entre las mujeres hispanas. Las tasas de mortalidad del cáncer de pulmón en las subpoblaciones hispanas varían de acuerdo con las diferencias en los índices de consumo de tabaco. En los EE.UU., las tasas de mortalidad del cáncer son más altas entre los hombres cubanos que entre los hombres puertorriqueños y los mexicanos⁶³.

De 1994 a 2003, las tasas de mortalidad del cáncer de pulmón entre los hombres hispanos descendieron un 2.2%, aunque las correspondientes a las mujeres hispanas no variaron¹. Durante el mismo período descendieron las tasas de mortalidad del cáncer de pulmón entre los hombre blancos no hispanos, aunque aumentaron ligeramente entre las mujeres blancas no hispanas. El descenso de la tasa de mortalidad entre los hombres refleja la reducción del consumo de tabaco durante los últimos 30 años. Las tasas de mortalidad del cáncer de pulmón aún no han descendido entre las mujeres dado que los índices de consumo de tabaco llevan 20 años de retraso con respecto a los de los hombres.

La mayoría de los casos de cáncer de pulmón podrían prevenirse si disminuyera el número de adolescentes que empiezan a fumar y aumentara el número de adultos que dejan el tabaco. A los 10 años de dejar de fumar, el riesgo de formación del cáncer del pulmón en ex fumadores es de un 30% a un 50% menor que el de las personas que continúan fumando.

Distribución por estadios y supervivencia: El diagnóstico de la mayoría de los pacientes con cáncer del pulmón se efectúa en un estadio avanzado; solamente el 14% de los pacientes hispanos que padecen cáncer de pulmón y el 18% de los blancos no hispanos son diagnosticados en un estadio localizado de la enfermedad (figura 6). La tasa de supervivencia relativa a los cinco años de su diagnóstico en un estadio localizado es del 49%. La supervivencia se reduce al 16% en los pacientes cuyo diagnóstico se efectúa en un estadio regional y al 2% para aquéllos que padecen tumores de estadio distante. Existen pruebas nuevas, tales como la tomografía computarizada (CT) espiral de baja dosis y los marcadores moleculares del esputo, que son capaces de detectar el cáncer de pulmón en etapas iniciales más susceptibles a intervención quirúrgica, en las que las probabilidades de supervivencia son mayores. Los riesgos y beneficios de estas pruebas de detección se están investigando.

Próstata

Casos nuevos: Se calcula que en 2006 se diagnosticará cáncer de próstata a 11,830 hombres hispanos, convirtiéndolo en el tipo de cáncer más frecuentemente diagnosticado entre dicho grupo. Entre los años 2000 y 2003, las tasas del cáncer de próstata entre los hispanos fueron, aproximadamente, un 20% más bajas que las de los hombres blancos no hispanos. Las tasas de incidencia del cáncer de próstata variaron muy poco en los hombres tanto hispanos como blancos no hispanos de 1994 a 2003¹.

Mortalidad: Se espera que en 2006 mueran de cáncer de próstata 1,140 hombres hispanos, convirtiéndolo en la tercera causa de mortalidad debida al cáncer. La tasa de



mortalidad anual promedio del cáncer de próstata entre los años 2000 y 2003 fue de 21.8 por 100,000 habitantes. De 1994 a 2003, la tasa de mortalidad descendió un promedio del 3.2% anual entre los hombres hispanos y un 4.1% anual entre los hombres blancos no hispanos¹. El descenso podría reflejar la detección en etapa inicial y la mejora en el tratamiento.

Distribución por estadios y supervivencia: Alrededor del 90% de los cánceres de próstata se descubren en un estadio localizado o regional (figura 6). La tasa de supervivencia relativa a los cinco años de su diagnóstico en estos estadios se acerca al 100%¹. La tasa de supervivencia de los pacientes diagnosticados en un estadio distante es del 33%, aproximadamente. Los hombres hispanos tienen una mayor probabilidad de morir de cáncer de próstata que los hombres blancos después de haberseles diagnosticado la enfermedad, teniendo en consideración las diferencias en edad y estadio⁷. Esto podría reflejar menores probabilidades de tratamiento de alta calidad iniciado a tiempo después del diagnóstico entre los hombres hispanos. La monitorización inadecuada durante la “espera vigilada” en pacientes hispanos de edad más avanzada podrían contribuir también a esta disparidad en el índice de supervivencia¹⁹.

Tipos de cáncer con mayor incidencia entre los hispanos

Los cánceres de estómago, hígado y cuello uterino, relacionados todos ellos con agentes infecciosos, son más comunes en países en vías de desarrollo, especialmente en países de América Central y América del Sur, así como en regiones de Asia. En Estados

Unidos, las tasas de incidencia y mortalidad de los cánceres de estómago, de cuello uterino, y de hígado y conductos biliares son más altas entre los hispanos que entre los blancos no hispanos, especialmente entre inmigrantes a Estados Unidos de primera generación^{4,20}.

Estómago

El cáncer de estómago es más común en muchas zonas de América Central y América del Sur que en los EE.UU. (figura 7). Por ejemplo, las tasas de incidencia por 100,000 habitantes en Chile, comparadas con las de EE.UU., son más de seis veces mayores en los hombres (46.1 y 7.2, respectivamente) y cinco veces más altas en las mujeres (17.7 y 3.3, respectivamente). Las tasas de incidencia del cáncer de estómago en los EE.UU. son al menos un 70% más altas en los hispanos que en los blancos no hispanos (tabla 2). En 2006 se diagnosticará cáncer de estómago a 2,550 hispanos, aproximadamente, y se calcula que 1,170 sucumbirán a la enfermedad. Las dietas ricas en alimentos ahumados, carne o pescado en cecina salado y verduras encurtidas, y deficientes en verduras frescas, se han relacionado con un aumento en el riesgo de formación del cáncer de estómago²¹. La infección por *Helicobacter Pylori*, otro factor de riesgo del cáncer de estómago, es más común entre personas de un nivel socioeconómico más bajo, sobre todo si viven en condiciones de hacinamiento³².

Hígado y conducto biliar intrahepático

El cáncer de hígado está estrechamente relacionado con las infecciones crónicas debidas al virus de la hepatitis B (HBV) o de la hepatitis C (HCV)²³. La hepatitis B se puede prevenir mediante la vacunación, pero aún no existe una vacuna contra la hepatitis C. En Estados Unidos se recomienda vacunar contra la hepatitis B a todos los recién nacidos, a todos los niños menores de 18 años que no han sido vacunados y a aquellos adultos que pertenecen a grupos de alto riesgo (consumidores de drogas por vía intravenosa, personas con más de un compañero/a sexual y profesionales sanitarios). La ingestión de alcohol y el consumo de alimentos contaminados por la aflatoxina (por ejemplo, maní, maíz, trigo, nueces y semillas de algodón) son asimismo factores de riesgo²⁴. Los hispanos tienen una tasa de incidencia y de mortalidad debida al cáncer de hígado dos veces mayor que la de los blancos no hispanos. De 1994 a 2003, las tasas de mortalidad del cáncer de hígado aumentaron un 1.5% anual en los hombres hispanos y más del 2% anual en las mujeres hispanas. En 2006 se diagnosticará cáncer de hígado a 2,280 hispanos, aproximadamente, y se calcula que 1,540 sucumbirán a la enfermedad.

Cuello uterino

Las tasas de incidencia y mortalidad del cáncer cervical entre la población femenina de México, América Central y América del Sur son, aproximadamente, tres veces

mayores que las observadas en las mujeres de los Estados Unidos². Las mujeres hispanas que residen en los EE.UU. tienen una tasa de incidencia de cáncer de cuello uterino dos veces mayor que la de las mujeres blancas no hispanas¹. El riesgo de padecer cáncer de cuello uterino es doble para las mujeres méxicoamericanas y puertorriqueñas que para las cubanoamericanas²⁵.

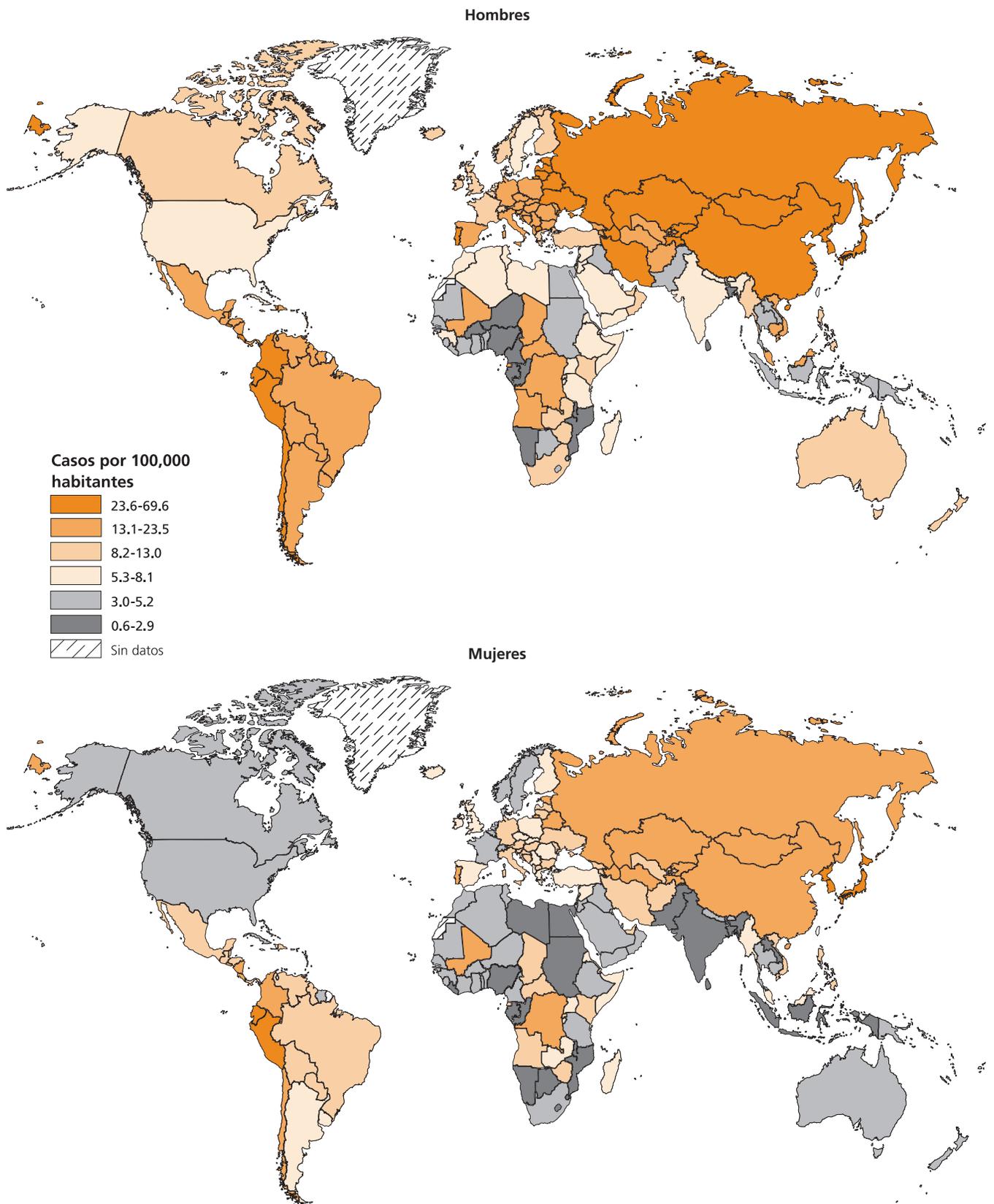
Ciertas cepas del virus del papiloma humano (HPV) están relacionadas con el aumento en el riesgo de aparición del cáncer de cuello uterino. Entre las mujeres de ascendencia mexicana que viven en los EE.UU., aquéllas nacidas en México tienen un mayor índice de infección causada por el HPV²⁶. En junio de 2006, la Administración de Alimentos y Medicamentos de EE.UU. (FDA) aprobó una vacuna contra las infecciones causadas por el HPV que previene el 70% de los casos de cáncer de cuello uterino. A la fecha de publicación del presente documento, aún no se habían iniciado programas de inmunización de la población.

La tasa de mortalidad del cáncer de cuello uterino es un 50% más alta entre las mujeres hispanas que entre las mujeres blancas no hispanas (tabla 2). Se piensa que el bajo índice de sometimiento a pruebas de detección entre las mujeres hispanas, así como la falta de seguimiento diagnóstico después de una prueba de Papanicolaou anormal, contribuyen a la mayor mortalidad entre este grupo²⁸. Se piensa que se podría prevenir hasta un 80% de las muertes debidas al cáncer de cuello uterino sometiendo con regularidad a pruebas de Papanicolaou y a un adecuado tratamiento de seguimiento²⁹. En 2006 se diagnosticará cáncer de cuello uterino a unas 2,000 mujeres hispanas en los EE.UU. y 350 de ellas morirán a consecuencia de él.

Vesícula biliar

Las mayores tasas de incidencia y mortalidad de cáncer de vejiga a nivel mundial corresponden a las poblaciones hispanas e indias de Chile y Bolivia, los indios norteamericanos y la población méxicoamericana³⁰. En estos grupos afectados por una alta incidencia, las mujeres son diagnosticadas más frecuentemente que los hombres. Un riesgo importante para la formación del cáncer de vesícula biliar son los cálculos biliares crónicos, lo cual puede deberse a factores hereditarios que afectan la secreción de colesterol en la bilis y podrían ser más comunes entre los hispanos. La obesidad, los factores hormonales y la dieta podrían también estar relacionados con un mayor riesgo de cáncer de vesícula biliar³¹. En los EE.UU., las mujeres y los hombres hispanos tienen tasas de incidencia más de dos veces superior que las de las mujeres y los hombres no hispanos (tabla 2).

Figura 7. Tasas de incidencia del cáncer de estómago estandarizadas por edad



Fuente: Ferlay, et al., GLOBOCAN 2002².

El cáncer en los niños y adolescentes

El cáncer es una enfermedad relativamente rara en niños (0 a 14 años) y adolescentes (15 a 19 años). Los tipos de cáncer que padecen normalmente los niños son diferentes de los que padecen normalmente los adultos. A diferencia del cáncer de adultos, en el que el consumo de tabaco, el exceso de peso y la obesidad, y la inactividad física son causas conocidas que se pueden prevenir, el cáncer en la infancia y la adolescencia no se entiende bien. Algunas de las causas de los cánceres de la infancia incluyen cambios genéticos que se transmiten de padres a hijos, exposición a la radiación e infecciones debidas a ciertos virus. Por razones que aún no se entienden claramente, algunos cánceres infantiles son más comunes en los países desarrollados y otros en los países en vías de desarrollo.

Casos nuevos: Se calcula que en 2006 se diagnosticará cáncer a unos 1,850 niños hispanos de Estados Unidos, lo cual representa un 2.3% aproximadamente de la totalidad de los casos de cáncer entre los hispanos. Por el contrario, el cáncer infantil representa menos del 1% de los casos nuevos de cáncer en el total de la población estadounidense. La diferencia se debe en parte a que la población hispana es más joven, pues los niños representan un 34% de la población hispana en Estados Unidos, en comparación con el 25% del total de la población estadounidense.

En la figura 8 se indica el modelo de incidencia por edades de todos los cánceres combinados en los niños y

adolescentes hispanos. Las tasas de incidencia son más altas en niños de 0 a 3 de edad, se reducen de los 4 a los 9 años y aumentan de los 10 a los 19. Por lo general, el modelo es similar en niñas y niños, aunque la incidencia suele ser mayor en niños que en niñas, sobre todo durante la adolescencia.

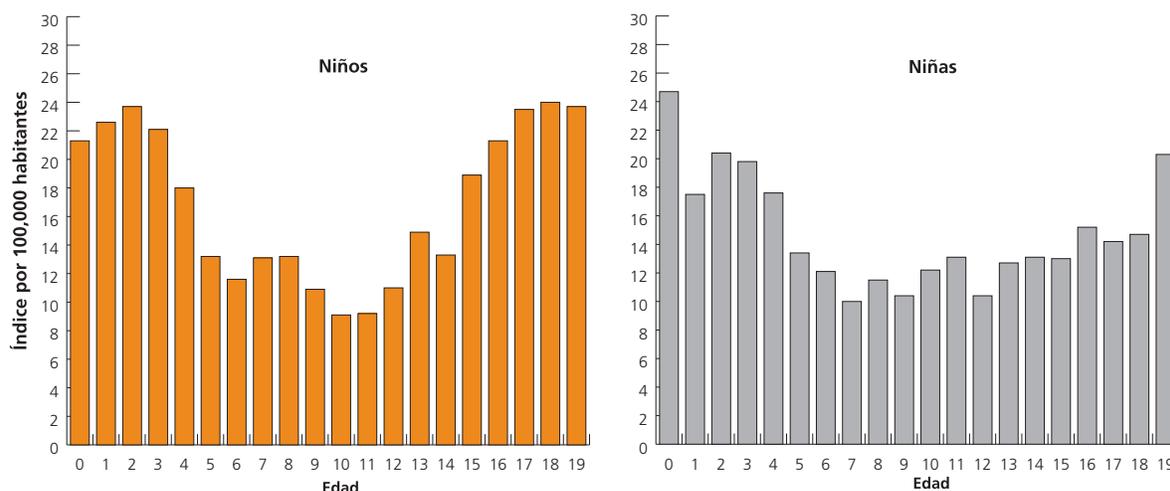
La leucemia es el cáncer más común entre los niños hispanos, seguido del de cerebro/sistema nervioso central y el linfoma (tabla 4). Los cánceres infantiles con tasas más altas en niños hispanos que en niños blancos no hispanos incluyen la leucemia, los tumores óseos (osteosarcomas), y los tumores de células germinales. No obstante, en el conjunto combinado de todos los cánceres, las tasas de incidencia son menores en los niños y adolescentes hispanos que en los niños y adolescentes blancos no hispanos.

Mortalidad: Aunque el cáncer infantil sea raro, representa la segunda causa de mortalidad entre los niños hispanos y la cuarta entre los adolescentes hispanos. Se calcula que unos 350 niños hispanos morirán de cáncer en 2006.

Tendencias en las tasas de incidencia y mortalidad: Entre 1992 y 2003, las tasas de incidencia y mortalidad del conjunto combinado de todos los cánceres variaron muy poco entre los niños y niñas hispanos.

Detección en una etapa inicial: Los cánceres infantiles son difíciles de reconocer. Los padres deben asegurarse

Figura 8. Tasas anuales promedio por edades del conjunto combinado de todos los cánceres entre hispanos* menores de 20 años, 2000-2003



*Los hispanos no son mutuamente excluyentes de los blancos, afroamericanos, asiáticos/isleños del Pacífico e indios americanos/nativos de Alaska.

Fuente: Programa de Vigilancia, Epidemiología y Resultados Finales (SEER), 13 áreas SEER, excluidos Hawái, Seattle y el Registro de Nativos de Alaska, Instituto Nacional del Cáncer, 2006.

de que sus hijos se sometían con regularidad a reconocimientos médicos y prestar atención a aquellos síntomas o señales poco comunes que persistían. Entre dichos síntomas cabe citar los siguientes: masas o inflamaciones inusuales; palidez y pérdida de energía inexplicables; tendencia súbita a los hematomas; cojera o dolor localizado persistente; fiebre o enfermedad prolongada e inexplicable; dolores de cabeza frecuentes, acompañados a menudo de vómitos; cambios repentinos en los ojos o en la vista; y pérdida de peso rápida y excesiva.

Supervivencia: En los últimos 30 años se ha experimentado una mejora significativa en las tasas de supervivencia relativa de 5 años después del diagnóstico en muchas formas de cánceres infantiles, incluidos el linfoma no Hodgkin, la leucemia linfocítica aguda y el tumor de Wilms. La tasas de supervivencia relativa de 5 años referente al conjunto combinado de todos los cánceres entre niños de todas las razas y etnias pasó del 58% de los casos diagnosticados entre 1975 y 1977 al 79% en aquéllos diagnosticados de 1996 a 2002¹. Esta mejora en las tasas de supervivencia se debe a los importantes

avances en el tratamiento, lo cual ha permitido que un porcentaje significativo de niños con cáncer se haya curado o haya experimentado una remisión prolongada de su enfermedad. No obstante, los niños hispanos tienen una menor tasa de supervivencia observada a los 5 años del diagnóstico que los niños blancos en referencia a muchos cánceres infantiles comunes, lo cual puede deberse a un menor acceso a tratamiento¹. El tratamiento del cáncer infantil depende del tipo y estadio de la enfermedad y debe ser tratado en un equipo multidisciplinario que incluye a oncólogos pediátricos, enfermeras, trabajadores sociales, psicólogos y otras personas que ayudan a los niños y a sus familias.

Cánceres específicos

Leucemia: La leucemia es una enfermedad caracterizada por la presencia en la sangre y en la médula ósea de un número excesivo de leucocitos que no se han desarrollado. Es el cáncer más común en niños y en jóvenes, y representa un tercio de la totalidad de los cánceres de la infancia. Son dos los principales

Tabla 4. Tasas* y razones† de incidencia del cáncer infantil por origen hispano, ambos sexos combinados, 2000-2003

	0 a 14 años de edad			15 a 19 años de edad		
	Hispanos	Blancos no hispanos	Índice	Hispanos	Blancos no hispanos	Índice
Todos los tipos	14.8	16.1	0.9	19.1	24.1	0.8
Leucemia	5.8	4.8	1.2	4.0	2.9	1.4
Leucemia linfocítica	4.8	3.8	1.3	2.6	1.6	1.6
Leucemia mieloide aguda	0.8	0.8	1.0	1.1	0.9	1.2
Cerebro y otros cánceres del sistema nervioso	2.7	3.7	0.7	1.6	2.4	0.7
Linfoma	1.5	1.6	0.9	3.9	5.8	0.7
Linfoma no Hodgkin (excepto linfoma de Burkitt)	0.6	0.6	1.0	1.2	1.7	0.7
Linfoma de Hodgkin	0.6	0.6	1.0	2.3	3.7	0.6
Linfoma de Burkitt	0.2	0.3	0.7	‡	0.3	–
Sarcomas de tejido blando	1.1	1.1	1.0	1.5	1.7	0.9
Tumores óseos	0.7	0.6	1.1	1.4	1.7	0.8
Osteosarcoma	0.5	0.3	1.4	0.8	0.9	1.0
Tumor de células germinales	0.6	0.5	1.2	3.6	2.9	1.2
Gonadal maligno	0.3	0.2	1.6	2.8	2.4	1.2
Intracraneal e intraespinal	0.2	0.2	1.1	‡	0.3	–
Neuroblastoma	0.6	1.3	0.5	‡	‡	–
Tumores renales	0.6	0.9	0.7	‡	‡	–
Retinoblastoma	0.4	0.4	1.0	‡	‡	–
Tumores hepáticos	0.2	0.3	0.9	‡	‡	–

*Las tasas son por 100,000 habitantes y se ajustan según la edad a la población estándar de EE.UU. el año 2000. †Las razones de incidencia se calculan dividiendo la tasa de incidencia de los hispanos entre la tasa de incidencia de los blancos no hispanos. ‡Datos suprimidos ya que hubo menos de 25 casos entre los años 2000 y 2003.

Nota: Los hispanos no son mutuamente excluyentes de los blancos, afroamericanos, asiáticos/isleños del Pacífico e indios americanos/nativos de Alaska.

Fuente: Programa de Vigilancia, Epidemiología y Resultados Finales (SEER), 17 registros SEER, 2000 a 2003, División de Control del Cáncer y Ciencias de la Población, Instituto Nacional del Cáncer, 2006. Los datos de incidencia de los hispanos y de los blancos no hispanos se basan en el Algoritmo de Identificación Hispana (NHIA) NAACCR y excluyen los casos de Hawai, Seattle, el Registro de Nativos de Alaska y Kentucky.

© American Cancer Society, Surveillance Research, 2006

tipos de leucemia: la leucemia linfocítica y la leucemia mieloide aguda. La leucemia linfocítica es responsable, aproximadamente, del 75% al 80% de la leucemia pediátrica. Su incidencia es más elevada entre niños de 2 a 3 años de edad, y las probabilidades de supervivencia a los 5 años del diagnóstico son del 85%¹.

La incidencia de leucemia linfocítica tanto en niños como en adolescentes es más alta entre los hispanos que entre los blancos no hispanos. Por el contrario, las tasas de leucemia mieloide aguda no son significativamente diferentes entre los dos grupos étnicos, aunque la tasa es ligeramente superior en los adolescentes hispanos que en los adolescentes blancos no hispanos.

Poco es lo que se sabe acerca de las causas de la leucemia infantil, a excepción de la exposición a radiación y de algunos síndromes genéticos específicos.

Cáncer cerebral y otros cánceres del sistema nervioso central (CNS): El cáncer cerebral y otros cánceres del sistema nervioso central (CNS) son responsables del 20% de la totalidad de los tumores infantiles malignos en los EE.UU. Los niños y adolescentes hispanos tienen tasas mucho más bajas de tumores CNS en comparación con sus homólogos no hispanos. La diferencia estriba, en su mayor parte, en la



tasa de incidencia de astrocitoma en niños blancos no hispanos, la cual es casi el doble de la de los hispanos³². Esta diferencia también podría reflejar en parte disparidades en el acceso y utilización de técnicas de diagnóstico avanzadas.

Linfoma: El riesgo de aparición del linfoma aumenta con la edad. La tasa de incidencia de los niños hispanos y de los niños blancos no hispanos es similar. Por el contrario, entre adolescentes, la tasa de incidencia en los hispanos es, aproximadamente, un 30% menor que en los blancos no hispanos. Entre las subpoblaciones hispanas, un estudio indicó que las tasas de incidencia del linfoma entre niños menores de 15 años de edad son un 50% más altas en Florida (primordialmente hispanos de origen cubano y centroamericano) que en California (primordialmente hispanos de origen mexicano)³³.

Factores socioeconómicos que influyen en el cáncer

Factores económicos, sociales y culturales influyen en la incidencia y supervivencia del cáncer. La situación socioeconómica, determinada por los ingresos y el nivel educativo de la persona, es el factor más importante que afecta tanto a la salud como a la longevidad. Influye en el predominio de los factores de riesgo subyacentes del cáncer, el acceso al seguro médico, a la atención preventiva, a la detección temprana y al tratamiento. Factores culturales tales como el idioma, las creencias, valores y tradiciones pueden asimismo influir en los factores de riesgo subyacentes, conductas relacionadas con la salud, creencias relativas a enfermedades y enfoques de la atención médica.

Características socioeconómicas

Los hispanos que residen en los Estados Unidos tienen niveles educativos más bajos que los blancos no hispanos, y sus probabilidades de vivir en la pobreza son mayores. En el año 2000, el 47.6% de los hispanos no tenía diploma de la escuela secundaria, comparado con

un 15% en el caso de los blancos no hispanos (tabla 5)³⁴. Alrededor del 22.6% de los hispanos que residen en los EE.UU. vive en la pobreza, comparado con un 8.1 % de los blancos no hispanos. Las probabilidades de que los hispanos trabajen en agricultura, construcción, servicios domésticos y de alimentación, así como otras ocupaciones con salarios bajos, son mucho mayores³⁵. Las personas que desempeñan estos tipos de trabajo tienen menos probabilidad de tener un seguro médico a través de su empleo; y si tienen cobertura médica a su disposición, es posible que no sea demasiado asequible^{36,37}.

Otro reto es el hecho de que casi el 25% de los hispanos mayores de 4 años no habla inglés con fluidez (tabla 5).

Acceso a la atención médica

Muchos hispanos afrontan barreras económicas, estructurales y personales a la hora de recibir atención médica. Entre las barreras económicas cabe citar

seguros médicos inadecuados e ingresos personales bajos. Entre las barreras estructurales destacan un deficiente acceso geográfico a los proveedores médicos y la falta de transporte para desplazarse. Las barreras personales hacia la atención médica incluyen factores culturales y lingüísticos^{37, 40}.

Un número sustancialmente mayor de hispanos carece de seguro médico comparado con el número de blancos no hispanos (tabla 5). La proporción de hombres hispanos menores de 64 años de edad que no tiene una fuente regular de atención médica es casi el doble de la de hombres blancos no hispanos. Entre las mujeres hispanas, un 17.3% no tiene un centro médico de referencia, comparado con un 7.9% de mujeres blancas no hispanas y un 9.1% de mujeres afroamericanas (tabla 5)⁴¹⁻⁴².

Valores culturales

La competencia cultural es un elemento importante a la hora de proporcionar servicios médicos y preventivos. Los valores tradicionales de la cultura hispana realzan la importancia de la familia, el respeto, el personalismo y la confianza⁴².

Familia: La red familiar hispana, en la que pueden incluirse amigos próximos además de familiares directos e indirectos, desempeña un importante papel en las decisiones referentes a atención médica. La interdependencia y cooperación son más importantes que la autonomía, y los familiares acompañan a menudo al paciente en sus visitas médicas⁴². Los proveedores médicos pueden hacerse eco de la índole colectiva de estas interacciones ampliando la duración de las citas médicas y facilitando la participación familiar.

Respeto: En la cultura hispana, la confianza y el respeto mutuo son elementos necesarios para mantener una relación satisfactoria entre paciente y proveedor. El respeto implica una deferencia mutua y recíproca. Hacer preguntas directas acerca de temas sensibles como el alcoholismo podría percibirse como irrespetuoso. Los pacientes hispanos podrían demostrar respeto evitando el contacto visual con los proveedores de atención médica, aunque el proveedor es probable que les mire directamente cuando hable a través de un intérprete⁴². El respeto cultural promueve la confianza, lo cual aumenta las probabilidades de que el paciente adquiera seguridad y cumpla sus obligaciones⁴³.

Personalismo: La cultura hispana valora más las relaciones personales que las institucionales. Los pacientes hispanos prefieren a menudo a proveedores que son atentos, amables y personales, y que se interesan por la vida del paciente^{42, 43}.

Confianza: Con el paso del tiempo, el proveedor podrá establecer una relación de confianza si respeta la cultura del paciente y da muestra de interés. Podría resultar difícil obtener una relación de confianza en el sistema sanitario actual ya que las relaciones duraderas entre paciente y médico son relativamente infrecuentes y los profesionales sanitarios tienen límites en cuanto al tiempo que pueden pasar con cada paciente.

La capacidad cultural puede mejorarse por medio de la educación de los profesionales sanitarios. Asimismo, los promotores de los pacientes pueden resultar de utilidad a la hora de asistir a los pacientes hispanos en la obtención de servicios de atención médica y de otros tipos, facilitando la comunicación entre proveedores y pacientes, y promoviendo programas de prevención y detección temprana en las comunidades hispanas.

Tabla 5. Características socioeconómicas y de acceso a la atención médica en los hispanos y los blancos no hispanos

	Hispanos				Blancos no hispanos
	Todos	Mexicanos	Puertorriqueños	Cubanos	
Características socioeconómicas*					
Porcentaje de personas nacidas en el extranjero	40.2	41.5	1.4	68.5	3.5
Personas con ingresos inferiores al nivel de pobreza	22.6	23.5	25.8	14.6	8.1
Personas mayores de 25 años de edad sin diploma de la escuela secundaria	47.6	54.2	36.7	37.1	15.0
Personas que hablan poco o nada de inglés	23.7	26.2	11.1	30.3	0.8
Características de atención médica					
Personas sin seguro médico†					
Menores de 65 años de edad	35.1	38.3	–	–	12.0
Mayores de 65 años en adelante	5.3	6.7	–	–	0.6
Personas (entre 18 y 64 años de edad) sin fuente regular de atención médica‡					
Hombres	30.0	32.7	–	–	14.9
Mujeres	17.3	18.8	–	–	7.9

*Fuente: Oficina del Censo de EE.UU., Expediente 4 Resumido del Censo de Población y Vivienda, 2000.

†Fuente: Schiller JS, Adams PF, Nelson ZC. Summary health statistics for the US population: [Resumen de datos estadísticos médicos de la población de EE.UU.: Encuesta Nacional de Entrevistas sobre Salud, 2003]. Vital Health Stat 10. 2005 Abr;(224):1-104.

‡Fuente: National Health Interview Survey, NHIS [Encuesta Nacional de Salud], 2003, Muestra de adultos (datos Samadult), Centro Nacional de Datos Estadísticos Médicos, Centros para el Control y la Prevención de las Enfermedades. Disponible en <http://www.cdc.gov/nchs/nhis.htm>.

Factores de riesgo del cáncer

El tabaco y la obesidad son dos de los más importantes factores de riesgo del cáncer relacionados con la conducta. Ambos incrementan también el riesgo de ser víctimas y morir de otros trastornos como la diabetes, accidentes cerebrovasculares y las enfermedades cardiovasculares^{44,45}. El consumo de alcohol es otro factor de riesgo importante en algunos cánceres, así como en las enfermedades hepáticas. Los expertos consideran que si se aplicara satisfactoriamente lo que sabemos en la actualidad acerca de la prevención del cáncer, podrían prevenirse al menos la mitad de las muertes debidas a esta enfermedad^{45,46}. En esta sección se ofrece información acerca de los factores de riesgo relacionados con el comportamiento que hacen referencia a los hispanos.

El tabaco y los adultos

El tabaco es una de las principales causas del cáncer en los EE.UU., siendo responsable del 30% de la mortalidad debida al cáncer. La mayoría de los cánceres de pulmón, así como una gran parte de los cánceres de labio, cavidad oral, faringe, laringe, esófago, páncreas, cuello uterino, vejiga urinaria y riñón, son atribuibles al tabaco⁴⁷.

El porcentaje de adultos hispanos que fuma es inferior (15%) al de los adultos blancos no hispanos que fuma (22%). Las tasas de fumadoras de las mujeres hispanas son inferiores en un 50% a las de las mujeres blancas no hispanas, mientras que las tasas de fumadores de los hombres hispanos son inferiores en un 25% a las de los hombres blancos no hispanos (tabla 6). La proporción de fumadores entre los adultos hispanos nacidos en los EE.UU. (19.1%) es mucho más alta que la de los nacidos en otros países (11%)^{48,49}. Entre los principales subgrupos hispanos, los hombres y mujeres cubanos tienen el mayor porcentaje de fumadores actuales (29.8% y 30.0%), seguidos de los puertorriqueños (26.1% y 14.1%) y los mexicanos (22% y 8.9%), respectivamente⁵⁰.

Como ocurre con todos los fumadores, los fumadores hispanos pueden reducir el riesgo de aparición del cáncer de pulmón, así como de otras enfermedades relacionadas con el tabaco, si dejan de fumar. Es importante obtener el consejo de profesional sanitario para alentar a los fumadores a que abandonen el consumo de tabaco. Asimismo, varios tratamientos médicos pueden ser de utilidad, entre ellos, medicamentos (productos de sustitución de la nicotina, por sí solos o en combinación con fármacos antidepresivos), asesoramiento y terapias de la conducta^{45,51}.

Una menor cobertura médica y la falta de acceso a la atención médica reducen las probabilidades de que un profesional sanitario aconseje a fumadores hispanos que

dejen de fumar o de que tengan acceso a tratamiento para dejar de fumar. Un estudio reveló que es menos probable que un profesional sanitario aconseje a un fumador hispano a que deje de fumar, en comparación con los fumadores blancos no hispanos⁵². Otro estudio indicó que las probabilidades de utilización de terapias de sustitución de la nicotina o de fármacos antidepresivos al tratar de dejar de fumar son un 33% menores en los fumadores hispanos que en los blancos no hispanos⁵³.

A pesar de las barreras que afrontan los hispanos que desean dejar de fumar, un 44% aproximadamente de los adultos hispanos son ex fumadores y las tendencias en el porcentaje de ex fumadores entre hispanos y blancos no hispanos desde 1980 a 2003 son similares⁵⁴. Varios estudios han revelado que los fumadores latinos tienen una mayor tendencia a decir que desean dejar de fumar, y que han efectuado más intentos, que los blancos no hispanos^{53,55}. Otro estudio indicó que la motivación entre los hispanos para dejar de fumar viene de familiares preocupados por la salud de los niños y el deseo de dar buen ejemplo a sus hijos, mientras que los fumadores blancos no hispanos frecuentemente están más preocupados por su propia salud y su deseo de alcanzar la difícil meta de dejar de fumar^{56,57}.

Entre los hispanos, los programas para dejar de fumar podrían ser más eficaces si incluyeran iniciativas de divulgación a cargo de consejeros de salud no médicos (*promotores*) y destacaran la importancia de dejar de fumar en beneficio de la salud de la familia^{58,59}.

El tabaco y los jóvenes

En general, las probabilidades de que los jóvenes hispanos fumen cigarrillos son menores que las de los jóvenes blancos no hispanos (tabla 7). Entre 1991 y 2003, el porcentaje de fumadores entre los estudiantes hispanos de secundaria alcanzó la cota máxima en 1995, año en que fumaba un 32.9% de las muchachas y en 1997, año en el que fumaba un 35.5% de los muchachos; sin embargo, los porcentajes descendieron en 2003 al 17.7% en las muchachas y al 19.1% en los muchachos (figura 9). Durante este período se observaron tendencias similares con respecto al tabaco entre los jóvenes de otros grupos de población. Al contrario que en las mujeres hispanas, con una menor proporción de fumadoras respecto a los hombres hispanos, la prevalencia del consumo de tabaco entre los adolescentes es casi tan elevada en las muchachas como en los muchachos. No existen muchos datos acerca del consumo de cigarrillos entre los diferentes subgrupos de adolescentes hispanos. Según un reciente informe, la proporción de fumadores no varía entre subgrupos de adolescentes hispanos, a excepción de los muchachos cubanos, cuya prevalencia es un poco más elevada⁶⁰.

Tabla 6. Consumo de alcohol y de tabaco en adultos por raza y sexo, EE.UU., 2004

	Hispanos			Blancos no hispanos		
	% hombres	% mujeres	% total	% hombres	% mujeres	% total
Consumo de tabaco por características específicas:						
Educación*						
0-12 años (sin diploma)	21.7	8.8	15.4	43.9	40.9	42.5
Estudios primarios (GED)†	–	17.5	15.1	45.6	43.1	44.1
Estudios secundarios	15.0	12.7	13.8	29.9	26.2	28.0
Estudios universitarios (sin finalizar)	14.6	12.4	13.4	24.6	23.9	24.2
Diplomatura	13.0	12.7	13.0	23.9	19.3	21.4
Licenciatura universitaria o superior	12.5	7.4	10.2	10.5	10.1	10.2
Nivel de pobreza‡						
Pobre	24.9	12.6	17.8	35.9	40.5	38.4
Cercano a la pobreza	18.7	10.1	14.3	40.1	31.5	35.4
No pobre	20.0	10.3	15.9	22.3	19.2	20.8
Desconocido	23.2	9.5	16.0	22.1	20.0	21.0
Seguro médico						
Sí	15.3	11.7	13.4	21.1	19.1	20.0
No	20.8	10.0	16.0	43.6	35.6	40.2
Inmigración						
Nacido en EE.UU.	21.1	17.2	19.1	24.6	21.6	23.1
Vive en EE.UU. 1 a 9 años	17.0	5.4	11.7	22.8	9.8	15.2
Vive en EE.UU. 10 años o más	15.7	6.1	10.8	17.0	12.3	16.0
Consumo total de tabaco	18.9	10.9	15.0	24.1	20.4	22.0
Consumo de alcohol						
No ha tomado bebidas alcohólicas en el último mes	37.0	63.0	50.5	33.3	45.7	39.7
Tomó 5 o más bebidas en una ocasión	25.9	6.1	15.7	25.1	10.0	17.5
Tomó un promedio de 2 o más bebidas al día	7.0	1.5	5.0	7.1	2.0	5.2
Tomó un promedio de 1 o más bebidas al día	18.0	2.5	10.2	19.0	5.8	12.6

– Muestra demasiado pequeña para efectuar una estimación fiable. *Estimaciones de prevalencia entre adultos de 25 años de edad en adelante; todas las demás estimaciones de prevalencia son para adultos de 18 años en adelante. †Desarrollo Educativo General. ‡Una persona pobre es aquella que se encuentra por debajo del umbral de la pobreza. Una persona cercana a la pobreza es aquella cuyos ingresos son entre un 100% a un 200% inferiores al umbral de la pobreza. Una persona no pobre es aquella cuyos ingresos son un 200% o más al umbral de la pobreza.

Fuente: Consumo de tabaco: Datos de la Encuesta Nacional de Salud (NHIS), Centro Nacional de Datos Estadísticos Médicos, Centros para el Control y la Prevención de las Enfermedades; estimaciones ajustadas según la edad a la población estándar de EE.UU. del año 2000. Consumo de alcohol: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo de la Conducta, Datos de uso público, 2003, Centro Nacional para la Promoción de la Salud y la Prevención de Enfermedades Crónicas, Centros para el Control y la Prevención de las Enfermedades; estimaciones ajustadas por la edad a la población estándar de EE.UU. del año 2000.

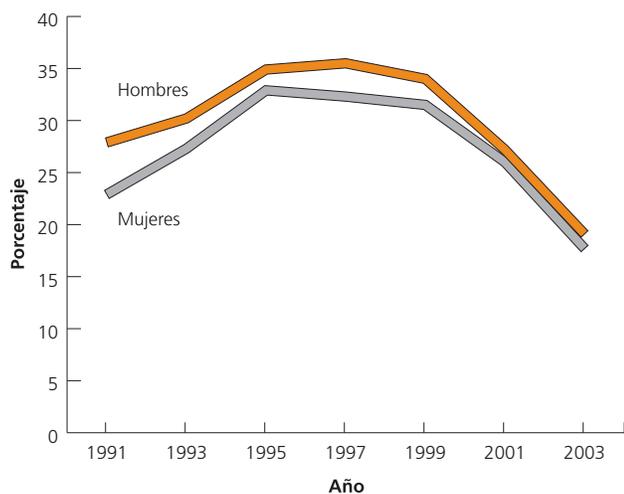
Tabla 7. Consumo de tabaco y alcohol en estudiantes de secundaria hispanos y blancos no hispanos, 2003

Conductas	Hispanos			Blancos no hispanos		
	% hombres	% mujeres	% total	% hombres	% mujeres	% total
Consumo de tabaco						
Consumo de todo tipo de tabaco*	24.9	19.8	22.4	33.2	28.9	31.1
Consumo de cigarrillos†	19.1	17.7	18.4	23.3	26.6	24.9
Alcohol						
Consumo actual de alcohol‡	42.7	48.8	45.6	45.9	48.4	47.1
Consumo fuerte episódico§	27.9	29.8	28.9	32.1	31.5	31.8

*Fumó cigarrillos o puros, o consumió tabaco de mascar uno o más días durante el último mes. †Fumó cigarrillos en uno o más de los meses precedentes. ‡Consumió una o más bebidas de alcohol en uno o más de los 30 días previos a la encuesta. §Consumió 5 o más bebidas de alcohol seguidas en uno o más de los 30 días previos a la encuesta.

Fuente: Youth Risk Surveillance System, 2003. National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. Centres for Disease Control and Prevention. [Sistema de Vigilancia de los Factores de Riesgo de los Jóvenes, 2003]. Centro Nacional para la Promoción de la Salud y la Prevención de Enfermedades Crónicas, Centros para el Control y la Prevención de las Enfermedades]. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2004; 53(SS-2).

Figura 9. Tendencias en el porcentaje actual de fumadores, estudiantes hispanos de secundaria, 1991-2003



Fumó cigarrillos en uno o más de los 30 días previos a la encuesta.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Los Factores de Riesgo de los Jóvenes, 1991, 1993, 1995, 1997, 1999, 2001, 2003, Centro Nacional para la Promoción de la Salud y la Prevención de Enfermedades Crónicas, Centros para el Control y la Prevención de las Enfermedades. Consumió cigarrillos en uno o más de los 30 días previos a la encuesta.

Control del tabaco

Aunque la proporción de fumadores es actualmente menor entre los hispanos que entre otros grupos de población de EE.UU., son varios los factores que podrían provocar un aumento futuro del porcentaje de fumadores entre los hispanos a menos que se intensifique el control del tabaco. El porcentaje de fumadores están aumentando en varios países latinoamericanos, especialmente entre las mujeres, debido a las iniciativas publicitarias de la industria tabacalera en estos mercados. Por consiguiente, los futuros emigrantes latinoamericanos a los EE.UU. es más probable que fumen, a menos que dichos países adopten programas eficaces de control del tabaco. Asimismo, a medida que aumenta el número de fumadores entre los adultos hispanos de segunda y tercera generación, más niños se verán expuestos al humo de cigarrillo en casa, lo cual no sólo perjudica su salud sino que les predispone a fumar. Las compañías tabacaleras están intensificando sus campañas publicitarias y de promoción dirigidas a mujeres y jóvenes hispanos con la esperanza de ampliar su mercado nacional⁶¹⁻⁶³.

Son varias las iniciativas de las autoridades de salud pública que han demostrado su eficacia en la reducción del consumo de tabaco; entre otras, cabe destacar la legislación para asegurar espacios libres de humo, los altos impuestos del tabaco, la prohibición de los anuncios publicitarios de cigarrillos y las campañas oficiales contra el tabaco^{45, 47, 64}.

El consumo de alcohol en los adultos

El consumo excesivo de alcohol es una causa importante de cirrosis y cáncer de hígado. El consumo de alcohol también incrementa el riesgo de los cánceres de la cavidad bucal y faringe, esófago, laringe, intestino grueso y seno (en mujeres)⁶⁵⁻⁶⁷. Las normas dietéticas de la Sociedad Americana del Cáncer para la prevención y reducción del riesgo del cáncer indican que los hombres deben limitar el consumo de alcohol a un máximo de dos bebidas al día y las mujeres a una. El consumo de alcohol entre los hispanos es especialmente preocupante ya que sus tasas de cáncer de hígado son más altas que los de los blancos no hispanos.

Según datos provenientes de la Encuesta de Factores de Riesgo de la Conducta llevada a cabo en 2003, los hispanos tienden a consumir menos alcohol que los blancos no hispanos. Alrededor del 63% de las mujeres hispanas y del 37% de los hombres hispanos no consumen alcohol, comparado con el 45.7% de las mujeres blancas no hispanas y el 33% de los hombres blancos no hispanos (tabla 6). El porcentaje de hombres hispanos y de hombres blancos no hispanos con un alto consumo actual de alcohol (un promedio de más de dos bebidas al día) se cifra en el 7%; ambos grupos también coinciden en el consumo de cinco o más bebidas en una sola ocasión (25% tanto para hombres hispanos como para hombres blancos no hispanos). Entre las mujeres, un 50% menos de hispanas consume un promedio de más de una bebida alcohólica al día en comparación con las blancas no hispanas (2.5% y 5.8%, respectivamente) (tabla 6). El menor consumo de alcohol de las mujeres hispanas podría explicarse por las costumbres y actitudes sociales propias de la cultura hispana^{68,69}. Es importante que las iniciativas de promoción de la salud y prevención del cáncer entre los hispanos adultos fomenten el mantenimiento de un bajo consumo de alcohol por parte de las mujeres y haga hincapié en un consumo más moderado por parte de los hombres.

El consumo de alcohol en los jóvenes

En 2003 se observó un ligero descenso en la tasa de consumo de alcohol de los estudiantes hispanos de secundaria en comparación con la de los blancos no hispanos. Sin embargo, las tasas de consumo de alcohol entre los estudiantes hispanos siguen siendo bastante altas. Un total del 48.8% de las muchachas hispanas y un 42.7% de los muchachos hispanos indicaron haber consumido alcohol al menos un día de los 30 días previos a la encuesta; un 29.8% de las muchachas hispanas y un 27.9% de los muchachos hispanos indicaron haber consumido cinco o más bebidas en una misma ocasión. El consumo de alcohol más alto de las adolescentes hispanas contrasta marcadamente con el consumo mucho menor de las mujeres hispanas en comparación con el de los hombres. Las estrategias de prevención para la reducción del consumo de alcohol entre los jóvenes hispanos deben resaltar la importancia

de la intervención de la familia y de hacer saber a los padres la importante función que pueden desempeñar al forjar el desarrollo y la conducta de sus hijos⁷⁰⁻⁷².

El sobrepeso y la obesidad en los adultos

La obesidad está relacionada con un aumento en el riesgo de padecer varias enfermedades crónicas, incluidos los cánceres de seno, próstata, colon y útero⁷³. La obesidad también aumenta el riesgo de sufrir diabetes, hipertensión y de fallecer prematuramente; las pautas de definición del peso excesivo y la obesidad se indican en la tabla 8. Se consideran obesas aquellas personas adultas cuyo índice de masa corporal (BMI) es de 30 o superior. Un BMI de 25 o superior se considera peso excesivo en personas adultas.

A comienzos de los años 90, el 20.6% de los adultos estadounidenses era obeso; en el período 2003-2004, esta cifra había pasado a ser del 32.2%⁷⁴. El incremento súbito de la tasa de obesidad en los EE.UU. se vincula a cambios en el entorno social, incluida la disponibilidad y promoción de alimentos altos en calorías y bajos en valor nutritivo, y a las menores oportunidades de participar en actividades físicas en el trabajo, en los desplazamientos al trabajo, en la escuela o durante el tiempo de ocio^{75,76}. Estos cambios han provocado un aumento en el consumo calórico y un descenso en el gasto energético de la población^{75,77}.

Las tasas de obesidad han aumentado también entre los hispanos y siguen siendo más altas entre los hispanos que entre los blancos no hispanos⁷⁴ (figura 10). La Encuesta Nacional de Evaluación de Salud y Nutrición

(NHANES) es la fuente de información más precisa acerca de las tendencias de la obesidad en los EE.UU., ya que se mide y se pesa a los participantes en lugar de depender de los datos aportados por ellos. La encuesta NHANES proporciona datos de hispanos de ascendencia mexicana, pero no de ningún otro subgrupo hispano. Cuando se llevó a cabo inicialmente la encuesta en el período 1976-1980, el 26.6% de las

Tabla 8. Definiciones de peso excesivo y obesidad, según estatura y peso corporales

Definición de índice de masa corporal

Se utilizan diferentes medidas para determinar si una persona tiene un peso normal, sobrepeso o es obesa, teniendo en cuenta su estatura. Una escala común es el índice de masa corporal (BMI) o proporción entre el peso (en kilogramos) y la estatura (en metros, al cuadrado). En los adultos de 20 años en adelante, el peso excesivo se define como un BMI de 25.0 a 29.9 kg/m²; la obesidad se define como un BMI de 30.0 kg/m² o superior. Aunque el BMI podría sobreestimar el nivel de grasa corporal en atletas y otras personas de complexión musculosa, o subestimar el nivel de grasa corporal en personas de edad avanzada que han perdido masa muscular, por lo general es un indicador fiable del nivel total de grasa corporal.

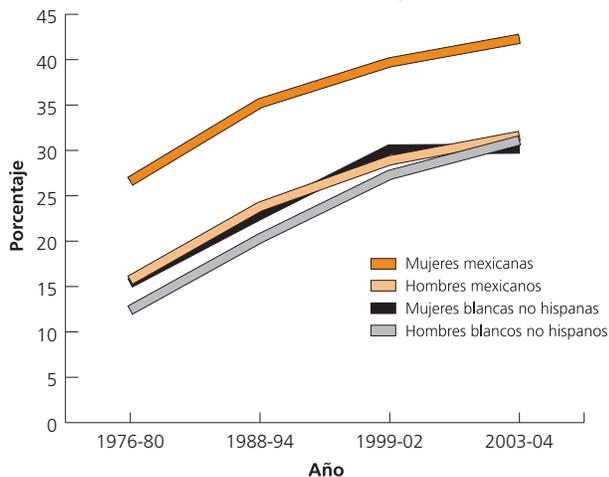
En esta tabla se indica el BMI en libras y pulgadas en lugar de kilogramos y metros. Por ejemplo, una mujer de 5'4" de estatura se considera que tiene exceso de peso si pesa entre 145 y 173 libras. Es obesa si pesa 174 libras o más. Un hombre de 5'10" se considera que tiene sobrepeso si pesa entre 174 y 206 y es obeso si pesa 207 libras o más.

Estatura (pies, pulgadas)	Peso corporal (libras)	
	Sobrepeso*	Obesidad†
6'4"	205	246
6'3"	200	240
6'2"	194	233
6'1"	189	227
6'0"	184	221
5'11"	179	215
5'10"	174	207
5'9"	169	203
5'8"	164	197
5'7"	159	191
5'6"	155	186
5'5"	150	180
5'4"	145	174
5'3"	141	169
5'2"	136	164
5'1"	132	158
5'0"	128	153
4'11"	124	148
4'10"	119	143

*El sobrepeso se define como un índice de masa corporal de 25 a 29.9 kg/m²

†La obesidad se define como un índice de masa corporal de 30 kg/m² o mayor

Figura 10. Tendencias de la obesidad (BMI de 30 o superior) según el sexo en adultos méxicoamericanos y blancos no hispanos de 20 años de edad en adelante, EE.UU.



Fuente: Salud, Estados Unidos, 2005. Ogden CL. et al, Prevalence of overweight and obesity in the United States, 1999-2004. [El sobrepeso y la obesidad en los Estados Unidos, 1999-2004]. JAMA (2006), 295(13):1549-1555.

mujeres méxicoamericanas y el 15.7% de los hombres méxicoamericanos eran obesos. En el período 2003-2004, el 42.3% de las mujeres méxicoamericanas y el 31.6% de los hombres méxicoamericanos eran obesos^{10,74}. En 2003-2004, la encuesta NHANES reveló que casi el 80% de los hombres y mujeres méxicoamericanos padecían de peso excesivo, en comparación con el 58% de las mujeres blancas no hispanas y el 71% de los hombres blancos no hispanos⁷⁴. La Encuesta Nacional de Salud (NHIS) recoge información sobre peso y estatura, y proporciona datos sobre obesidad en referencia a varios subgrupos hispanos. En 2003, esta encuesta indicó que los puertorriqueños y mexicanos tienen mayores probabilidades de ser obesos que los cubanos, centroamericanos y sudamericanos⁵⁰.

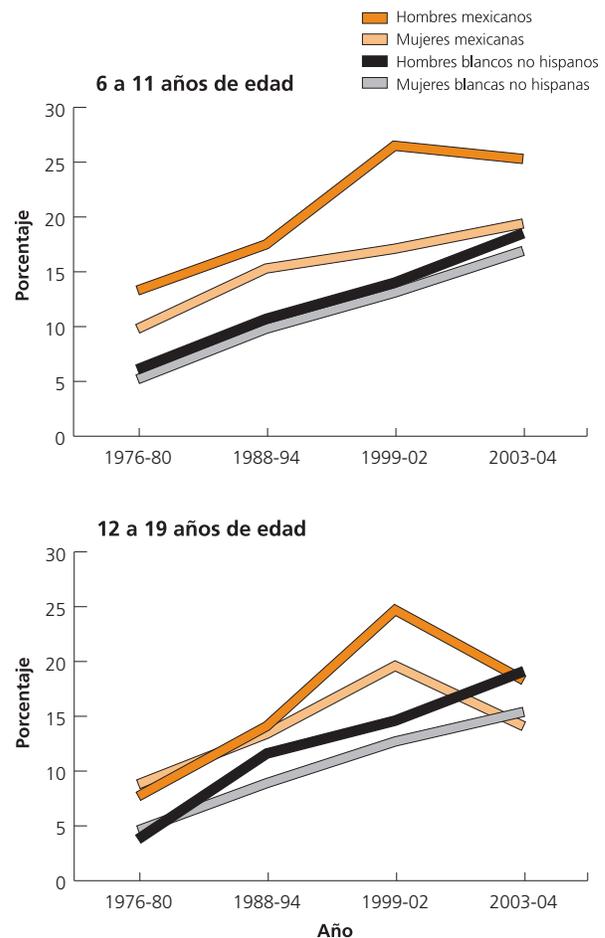
Los estilos de vida, tales como mantener un peso saludable y aumentar la actividad física, son los enfoques más importantes para reducir el riesgo de padecer muchas enfermedades crónicas, entre ellas el cáncer. Debido al vínculo existente entre nutrición, actividad física y cáncer, la Sociedad Americana del Cáncer publicó en 2001 pautas acerca de la nutrición y la actividad física para la prevención del cáncer. En estas pautas se recomienda consumir diferentes alimentos saludables, haciendo hincapié en aquéllos de origen vegetal, adoptar un estilo de vida físicamente activo, mantener un peso saludable durante toda la vida y limitar el consumo de bebidas alcohólicas⁷⁸. En 2005, el Departamento de Agricultura de EE.UU. (USDA) actualizó las recomendaciones sobre nutrición y actividad física para los estadounidenses, de modo que coincidieran con las de la Sociedad Americana del Cáncer. Las pautas del USDA están disponibles en español. (Si desea más información, consulte *Nuevas Guías Alimentarias Ayudarán a los Estadounidenses a Tomar Mejores Decisiones Alimenticias y Vivir Más Sanos*, en <http://www.hhs.gov/news/press/2005pres/20050112a.html>.)

El sobrepeso y la obesidad en los jóvenes

Los niños con sobrepeso se convierten en adultos con sobrepeso, incrementando el riesgo de sufrir una amplia variedad de trastornos médicos⁷⁹. Algunas de las consecuencias del sobrepeso y la obesidad pueden producirse en la adolescencia, tales como hipertensión, colesterol elevado y diabetes⁸⁰. La obesidad en niños de todos los grupos étnicos y raciales se ha incrementado notablemente en los Estados Unidos desde 1980^{81,82}.

El BMI que se considera saludable varía con la edad en niños y adolescentes. El sobrepeso se define como un BMI del 95%, o superior, según las tablas de crecimiento para sexos y edades específicos⁸¹. Los datos de la NHANES indican que, entre finales de los años setenta y el fin de 2004, el porcentaje de niños estadounidenses con sobrepeso de 6 a 11 años de edad se ha más que

Figura 11. Tendencias de la obesidad (BMI del 95% o superior) en niños méxicoamericanos y blancos no hispanos, por sexo



Fuente: Salud, Estados Unidos, 2005¹⁰. Ogden CL, et al, Prevalence of overweight and obesity in the United States, 1994-2004. [El sobrepeso y la obesidad en los Estados Unidos], 1999-2004. JAMA (2006), 295(13):1549-1555.

triplicado, mientras que el porcentaje de adolescentes con exceso de peso de 12 a 19 años de edad casi se ha duplicado^{74,81}. La encuesta NHANES también mostró que, de 1976 a 2002, el porcentaje de niños y adolescentes con sobrepeso era más alto entre los méxicoamericanos que entre los blancos no hispanos. No obstante, en los últimos años el porcentaje de niños varones mexicanos de 6 a 11 años de edad se ha mantenido estable (figura 11). Durante el mismo período, el porcentaje de adolescentes méxicoamericanos con sobrepeso ha descendido, situándose aproximadamente al mismo nivel que el de los hombres y mujeres blancos no hispanos con sobrepeso (figura 10b). Estos cambios podrían ser resultado de una mayor atención al control de peso entre los niños y adolescentes hispanos debido al aumento en la incidencia de la diabetes de tipo 2⁸³⁻⁸⁵. (Si desea más información, consulte el *Resumen general de la diabetes en niños y adolescentes* – Hoja de datos del Programa Nacional de Educación sobre la Diabetes, disponible en http://www.ndep.nih.gov/diabetes/youth/youth_FS.htm.)

Pruebas de detección del cáncer

Realizadas de modo regular, las pruebas de detección pueden mejorar en gran medida las probabilidades de curar ciertos tipos de cáncer, descubriéndolo en su etapa inicial, cuando los tratamientos son lo más eficaces posible^{45, 86-88}. Las pruebas de detección pueden de hecho prevenir algunos cánceres al descubrir y extirpar pequeños tumores o cambios en los tejidos que es probable que se hagan cancerosos^{89,87}. En la página 22 figuran las recomendaciones de la Sociedad Americana del Cáncer sobre pruebas de detección temprana del cáncer.

Pruebas de detección del cáncer colorrectal

La Sociedad Americana del Cáncer recomienda que las pruebas de detección del cáncer colorrectal comiencen a los 50 años de edad en personas asintomáticas que carezcan de factores de riesgo elevados, como por ejemplo antecedentes familiares de cáncer colorrectal. Las recomendaciones de la Sociedad sugieren que las pruebas pueden efectuarse de acuerdo con cinco métodos diferentes⁸⁷. Las probabilidades de que los hispanos mayores de 49 años se hayan sometido recientemente a una prueba de detección del cáncer colorrectal son menores que las de los blancos no hispanos: 29.9% frente a 44.3%, respectivamente (tabla 9). Existen diferencias en cuanto al uso reciente de pruebas de cáncer colorrectal según el país de origen

entre los hispanos. Es menos probable, por ejemplo, que los mexicanos se hayan sometido recientemente a una prueba de detección del cáncer colorrectal en comparación con otros subgrupos hispanos. Asimismo, es menos probable que los hispanos y los blancos no hispanos sin seguro médico se hayan sometido recientemente a una prueba de detección del cáncer colorrectal que sus homólogos asegurados (tabla 9).

Pruebas de detección del cáncer de seno

La mamografía (mamograma) es un procedimiento practicado por medio de bajas dosis de rayos X a través del que se puede detectar el cáncer de seno en un estadio en el que el tratamiento puede ser más eficaz. La Sociedad Americana del Cáncer recomienda hacerse mamogramas, así como a exámenes clínicos regulares de los senos⁸⁶. Desde 1987, la realización de las pruebas de detección del cáncer de seno ha ido aumentando en todos los grupos étnicos y raciales, y las diferencias en el uso reciente entre las mujeres hispanas y las mujeres blancas no hispanas se ha reducido al 5% aproximadamente^{10,90}. En 2003, el 66.1% de las mujeres hispanas de 40 años y mayores se había realizado un mamograma en los dos últimos años, comparado con el 70.8% de las mujeres blancas no hispanas (tabla 9). Entre los subgrupos hispanos, un mayor porcentaje de las mujeres centroamericanas, sudamericanas y cubanas se

Tabla 9. Uso de pruebas de detección del cáncer (%), por raza, EE.UU., 2003

Pruebas de detección	Hispanos		Subgrupos hispanos				Blancos no hispanos	
	No Todos asegurados		Mexicanos	Puertorri- queños	Cubanos	Centroameri- canos o sud- americanos	No Todos asegurados	
Cáncer colorrectal*								
Hombres	28.9	9.2	23.2	41.6	29.9	38.7	47.1	34.6
Mujeres	30.8	15.3	29.3	31.8	32.7	30.3	42.0	16.5
Cáncer cervical								
Mujeres de 18 años en adelante								
Prueba de Papanicolaou en los últimos 3 años	74.7	64.4	73.4	76.1	76.5	76.3	80.2	59.3
Cáncer de seno								
Mujeres de 40 años en adelante								
Mamograma en los últimos 2 años	66.1	54.9	63.5	65.3	75.6	77.0	70.8	34.3
Mamograma en el último año [†]	52.6	38.5	49.0	56.9	55.2	61.5	56.0	24.7
Cáncer de próstata[‡]								
Prueba de antígeno prostático específico (PSA) el último año	52.7	19.1	46.3	67.6	76.5	40.5	58.0	50.3

*Adultos de 50 años de edad en adelante – que se habían sometido en su casa a una prueba de sangre oculta en las heces en el último año o a un examen de endoscopia inferior (sigmoidoscopia o colonoscopia flexible) en los últimos cinco años. †La Sociedad Americana del Cáncer recomienda realizar mamogramas anuales a las mujeres de 40 años en adelante. Consúltense las pautas de las pruebas de detección del cáncer. ‡Entre hombres de 50 años de edad en adelante sin diagnóstico de cáncer de próstata.

Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2003; estimaciones ajustadas por edad a la población estándar de EE.UU. del año 2000.

Guías de las pruebas de detección

temprana del cáncer en personas asintomáticas

Tipo Recomendación

Seno

- Se recomienda realizar mamogramas anuales a partir de los 40 años de edad. La edad de finalización de las pruebas de detección debe individualizarse teniendo en consideración los riesgos y beneficios potenciales de las pruebas de detección en el contexto del estado de salud general y de la longevidad.
- El examen clínico de los senos debe formar parte de un examen médico periódico realizado cada 3 años en mujeres de 20 a 39 años de edad, y cada año de los 40 en adelante.
- Las mujeres deben conocer el estado normal de sus senos y notificar de inmediato cualquier cambio a su médico. La autoexploración de los senos es una opción a partir de los 20 años.
- Las mujeres cuyo riesgo es mayor (p. ej., antecedentes familiares, tendencia genética, cáncer de seno anteriormente) deben hablar con su médico acerca de los beneficios y limitaciones de iniciar las pruebas de detección antes de lo recomendado, someterse a pruebas adicionales (p., ej., ultrasonido y MRI de los senos) o de someterse a exámenes con mayor frecuencia.

Colon y recto A partir de los 50 años de edad, los hombres y las mujeres deben empezar a someterse a pruebas de detección conforme a uno de los planes indicados a continuación:

- Una prueba de sangre oculta en las heces (FOBT) o una prueba inmunoquímica fecal (FIT) cada año
- Una sigmoidoscopia flexible (FSIG) cada 5 años
- Una FOBT anual o una FIT más sigmoidoscopia flexible cada 5 años*
- Un enema de barrio con contraste doble cada 5 años
- Una colonoscopia cada 10 años

**Se prefieren pruebas combinadas en lugar de una FOBT o FIT anual, o una FSIG cada 5 años, realizadas individualmente. Las personas con riesgo moderado o alto de cáncer colorrectal deben consultar con su médico acerca de un plan de pruebas diferente.*

Próstata La prueba PSA (antígeno prostático específico) y el examen digital del recto deben ofrecerse anualmente a partir de los 50 años de edad a aquellos hombres que tengan una esperanza de vida mínima de 10 años. Los hombres con alto riesgo (los afroamericanos y aquellos hombres en cuya familia directa se haya diagnosticado cáncer de próstata a una edad temprana a una o más personas) deben comenzar a hacerse pruebas a los 45 años de edad. Los hombres cuyo riesgo es promedio o alto deben recibir información acerca de la evidencia científica respecto a los beneficios y limitaciones de la detección temprana y del tratamiento del cáncer de próstata, de modo que puedan tomar una decisión informada acerca de las pruebas.

Útero **Cuello uterino:** Se deben comenzar las pruebas de detección tres años después, aproximadamente, de la fecha en que una mujer inicie relaciones sexuales (coito vaginal) aunque nunca más tarde de los 21 años de edad. Las pruebas de detección deben efectuarse cada año con exámenes de Papanicolaou o cada dos años por medio de pruebas de base líquida. A partir de los 30 años de edad, aquellas mujeres que hayan tenido tres pruebas seguidas con resultados normales podrán someterse a la prueba cada 2 a 3 años. Como alternativa, se podrían practicar pruebas de detección de cáncer de cuello uterino con HPV DNA y citología convencional y de base líquida cada tres años. No obstante, los médicos podrían sugerir a la paciente que se someta a pruebas más frecuentes si tiene ciertos factores de riesgo; por ejemplo, es seropositiva (infección por VIH) o tiene un sistema inmunológico débil. Las mujeres de 70 años de edad en adelante que hayan tenido tres o más pruebas de Papanicolaou normales seguidas en los últimos 10 años pueden optar por suspender las pruebas de detección del cáncer de cuello uterino. Las pruebas de detección tras una histerectomía total (con extirpación del cuello uterino) no son necesarias a menos de que la intervención quirúrgica se efectuara como tratamiento contra el cáncer de cuello uterino.

Endometrio: La Sociedad Americana del Cáncer recomienda que, al iniciarse la menopausia, se informe a todas las mujeres acerca de los riesgos y síntomas del cáncer de endometrio y se les sugiera claramente que avisen a su médico en caso de producirse sangrado inesperado, aunque sean sólo unas gotitas. Se deben ofrecer pruebas anuales de detección del cáncer de endometrio con biopsia a las mujeres de 35 años en adelante que tengan cáncer de colon no poliposo hereditario (HNPCC) o que tengan riesgo de padecerlo.

Revisiones relacionadas con el cáncer Las revisiones relacionadas con el cáncer de aquellas personas que se someten a exámenes médicos periódicos deben incluir asesoramiento de la salud y, dependiendo de la edad y sexo de la persona, podrían incluir exámenes de detección de cánceres de tiroides, cavidad bucal, piel, nódulos linfáticos, testículos y ovarios, así como ciertas enfermedades no malignas.

Las guías de detección temprana del cáncer de la Sociedad Americana del Cáncer se evalúan anualmente con el fin de determinar si existe nueva evidencia científica que justifique la revisión de las recomendaciones actuales. Si la evidencia es suficientemente convincente para considerar un cambio o una aclaración de las guías actuales, se inicia un proceso formal para ello. Las guías se evalúan formalmente cada 5 años, independientemente de si la nueva evidencia sugiera o no un cambio en las recomendaciones existentes. Este proceso consta de 9 pasos y el establecimiento formal de "pautas para el desarrollo de guías" se efectuó a fin de proporcionar una metodología específica para que los criterios científicos y expertos constituyan el fundamento de los enunciados y recomendaciones de la Sociedad. Mediante estos procedimientos se establece un proceso deliberado a fin de asegurarnos de que todas las recomendaciones de la Sociedad básicamente sigan el mismo proceso metodológico basado en la evidencia científica. En este proceso se emplea asimismo un sistema de evaluación de la evidencia similar al empleado por la Agencia para la Investigación y Calidad de la Atención Médica (AHCRO) y el Grupo de Estudio de Servicios Preventivos de EE.UU. (USPSTF).

©2006, American Cancer Society, Inc.

realizaron pruebas de detección del cáncer de seno (77.0% y 73.7%, respectivamente) en comparación con las mujeres mexicanas (63.5%), que son las que menos probabilidades tienen de haberse realizado un mamograma recientemente. El cáncer de seno se descubre más frecuentemente en estadio avanzado entre las mujeres hispanas que entre las mujeres blancas no hispanas. Esta diferencia se ha atribuido principalmente a una menor frecuencia en los mamogramas y a los intervalos más largos entre ellos, así como a una falta de seguimiento de los mamogramas⁹¹⁻⁹³.

Pruebas de detección del cáncer de cuello uterino

La realización regular de las pruebas de Papanicolaou, seguido de un tratamiento adecuado e iniciado a tiempo, reduce la tasa de mortalidad del cáncer de cuello uterino⁸⁸. Las recomendaciones de detección del cáncer de cuello uterino en etapa inicial de la Sociedad Americana del Cáncer indican que las pruebas de tamizaje o pesquisa deben iniciarse tres años después, aproximadamente, de la fecha en que una mujer inicie relaciones sexuales (coito vaginal), aunque nunca más tarde de los 21 años de edad, y continuar a intervalos periódicos a partir de ahí.

A pesar de que, tradicionalmente, las mujeres hispanas se han sometido con menor frecuencia a pruebas de detección del cáncer de cuello uterino, en comparación con las mujeres blancas no hispanas, las tasas de participación han mejorado en décadas recientes^{10,90}. La prevalencia de pruebas de Papanicolaou recientes entre las mujeres hispanas de 18 años de edad en adelante aumentaron del 64% en 1987 al 74.7% en 2003 (tabla 9). Asimismo, aunque la participación en pruebas de detección del cáncer de cuello uterino es relativamente similar en todos los subgrupos hispanos, las mujeres mexicanas son las que menos probabilidades tienen de haberse sometido recientemente a una prueba de Papanicolaou. Asimismo, es menos probable que las mujeres sin seguro médico se hayan sometido a una prueba de Papanicolaou que las mujeres que sí tienen seguro médico. (tabla 9).

Pruebas de detección del cáncer de próstata

La evidencia sobre el valor de las pruebas de detección temprana del cáncer de próstata no es suficiente como para recomendar o no recomendar las pruebas de detección con el examen digital del recto (DRE) o la prueba de antígeno prostático específico (PSA) en personas con un riesgo promedio⁸⁷. Se están realizando ensayos clínicos sobre los beneficios de las pruebas de detección del cáncer de próstata: el Ensayo Clínico de Pruebas de Detección del Cáncer de Próstata, Pulmón, Colorrectal y Ovario del Instituto Nacional del Cáncer de EE.UU. y el Estudio Aleatorio Europeo de Pruebas de Detección del Cáncer de Próstata. La recomendación de la Sociedad Americana del Cáncer acerca de la

detección del cáncer de próstata en etapa inicial es fomentar la decisión informada de los hombres de 50 años en adelante que tengan una esperanza de vida mínima de 10 años⁸⁷. En 2003, el 52.7% de los hombres hispanos de 50 años de edad en adelante se había sometido a una prueba PSA el año anterior, comparado



con el 58.0% de los hombres blancos no hispanos. Los hombres mexicanos y aquéllos sin seguro médico fueron los que menos pruebas de PSA se realizaron. (tabla 9).

Estrategias para mejorar la participación en pruebas de detección del cáncer

Las barreras de la atención médica –tales como la falta de seguro médico o de un centro médico de referencia– que afrontan muchos hombres y mujeres hispanos en los EE.UU. se reflejan en la menor proporción de utilización de servicios preventivos, tales como pruebas de detección del cáncer^{94,95,96}. Varios estudios han indicado que la existencia de apoyo social podría mejorar la participación en exámenes de detección^{97,98}. Los programas locales de divulgación y las intervenciones enfocadas en aspectos étnicos culturales por parte de consejeros hispanos no sanitarios, así como la recomendación de los médicos sobre los beneficios de la detección temprana del cáncer, constituyen asimismo estrategias eficaces para la mejora de la participación en pruebas de detección del cáncer en las comunidades hispanas⁹⁹.

Promoción, asesoría, investigación y programas para reducir las disparidades del cáncer

La Sociedad Americana del Cáncer continúa trabajando para alcanzar la meta de eliminar para el año 2015 las disparidades en las tasas de morbilidad y mortalidad del cáncer por medio de promoción, asesoría, investigación, educación y servicio. En esta sección se ofrece información sobre algunas de estas iniciativas, así como los aspectos más destacados de éstas.

Promoción y asesoría

Trabajando, tanto de modo independiente como en colaboración, con órganos legislativos a nivel local, estatal y federal, la Sociedad ha podido ayudar a crear, cambiar e influir en aquellas normativas públicas que tienen un efecto significativo en la reducción de las disparidades que, en materia de cáncer, existen en este país.

La Sociedad lidera la lucha por mantener e incrementar la inversión que los EE.UU. realizan en la investigación biomédica y del cáncer después de lograr que se duplicara el presupuesto de los Institutos Nacionales de Salud (NIH). Esta inversión incluye un aumento en los fondos destinados a la investigación del cáncer en el Instituto Nacional del Cáncer y el Centro Nacional sobre Salud y Disparidades de Salud en las Minorías; la Sociedad desempeñó una importante función en su establecimiento.

El aumento de la dotación de fondos para el Programa Nacional de Detección del Cáncer de Cuello Uterino y de Seno en Etapa Inicial del CDC es una de las mayores prioridades de la Sociedad. Este exitoso programa ofrece a mujeres de bajos recursos y sin seguro médico pruebas de detección, diagnóstico y tratamiento del cáncer de cuello uterino y de seno con base comunitaria (<http://www.cdc.gov/cancer/nbccedp>). Además, la Sociedad lucha por proteger los fondos de otros programas contra el cáncer dentro del Centro Nacional para la Promoción de la Salud y la Prevención de Enfermedades Crónicas del CDC, incluida la educación y las pruebas de detección de cánceres que afectan en medida desproporcionada a las comunidades minoritarias (cánceres de próstata, seno, colorrectal, de cuello uterino y de ovario).

La Sociedad también colabora con el Congreso para garantizar los fondos del proyecto de ley denominado "Patient Navigator" (Promotor del paciente) que fue refrendada por el presidente George W. Bush en 2005. Esta legislación pionera proporcionará subsidios para el establecimiento de promotores del paciente, es decir, personas especializadas en proporcionar información culturalmente significativa, educación y divulgación específicas, así como intervenciones que mejorarán el

acceso a la atención, resultados médicos y calidad de vida en comunidades médicamente subatendidas.

La Sociedad ha podido ampliar exponencialmente sus iniciativas de fomento con la creación de su organización hermana dedicada a la defensa y apoyo de nuestra causa, la Red de Acción del Cáncer de la Sociedad Americana del Cáncer (ACS CAN). La ACS CAN es una organización de defensa y apoyo, independiente y sin fines de lucro, que utiliza campañas temáticas y educación de votantes destinadas a legisladores y candidatos políticos para respaldar leyes y normativas que ayudarán a las personas a combatir el cáncer. Para más información sobre ACS CAN, visite: <http://www.acscan.org>.

¿Qué investigaciones se llevan a cabo sobre los hispanos y el cáncer?

Desde 1999, la Sociedad Americana del Cáncer ha promovido más de 62 estudios, con un presupuesto total de 51.5 millones de dólares dedicados a las personas pobres y médicamente subatendidas. Casi una cuarta parte de estas investigaciones se centra en la población hispana/latina, englobando todos los aspectos del cáncer, desde la prevención a la supervivencia. Entre los ejemplos de investigaciones actualmente en marcha cabe destacar las siguientes:

Prevención y detección temprana. Las tasas de participación en pruebas de detección entre los hispanos son bajas. Un estudio sobre mujeres hispanas en Arizona compara actualmente dos métodos culturalmente específicos de programas de consejeros comunitarios sobre temas de salud (*promotores*) para la mejora de la participación en pruebas de detección del cáncer de seno, de cuello uterino y colorrectal entre mujeres hispanas/latinas médicamente subatendidas. El programa llegará a estas mujeres por medio de clínicas, organizaciones de base comunitaria y consultorios médicos de Phoenix y Tucson, Arizona (áreas urbanas y rurales circundantes¹⁰⁰).

Supervivencia. En este estudio de conductas relacionadas con la salud después de un diagnóstico de cáncer de seno, los investigadores reunirán información referente a la dieta, peso corporal, fatiga y depresión en mujeres hispanas y blancas no hispanas en la región suroeste de los EE.UU. a quienes se les ha diagnosticado cáncer de seno. También evaluarán factores como las relaciones con los profesionales sanitarios, las creencias y los aspectos culturales que podrían influir en estas conductas¹⁰¹.

¿Qué recursos se encuentran a disposición de los hispanos?

La Sociedad Americana del Cáncer proporciona información precisa y actualizada en español e inglés las 24 horas del día, los siete días de la semana, llamando al 1-800-227-2345 y a través de su página web: <http://www.cancer.org>.

La Sociedad edita asimismo numerosas publicaciones en español, tales como materiales de recursos informativos sobre el cáncer colorrectal, con el fin de educar a la población hispanohablante acerca del cáncer. También ofrecemos información en los siguientes idiomas: bengalí, chino, coreano, francés, francés dialectal haitiano, hindi y ruso. Para más información, visite el sitio web del Proyecto de Lectura Fácil, <http://www.cancer.org/easyreading>.

“Decisiones diarias para una vida más sana” es una iniciativa conjunta de la Sociedad Americana del Cáncer, la Asociación Americana de la Diabetes y la Asociación Americana del Corazón para estimular la prevención y detección en etapa inicial del cáncer, la diabetes, las enfermedades del corazón y los accidentes cerebrovasculares. El sitio web del programa sobre decisiones diarias (<http://www.everydaychoices.org>), así como el folleto, se ofrecen en español.

La Red Nacional Integral del Cáncer, asociada a la Sociedad Americana del Cáncer, proporciona pautas de tratamiento en idioma español para todos los principales tipos de cáncer en un formato fiable, específico y fácil de entender. Estos recursos centrados en el paciente ayudan a los pacientes de cáncer y a las familias de éstos a tomar decisiones puntuales y bien informadas acerca de su tratamiento. Para más información, visite la página web: <http://www.nccn.org>.

Programas y servicios

Muchos de los programas y servicios de la Sociedad Americana del Cáncer se han creado o adaptado de modo que sean étnicamente apropiados y lingüísticamente específicos para públicos hispanos. Entre otros ejemplos, cabe destacar los siguientes:

Luzca Bien... Siéntase Mejor (Look Good... Feel Better®)

Este programa es para mujeres hispanas que están recibiendo tratamiento contra el cáncer. El programa enseña a las pacientes técnicas de belleza para ayudarles a mejorar su apariencia física y su imagen durante los tratamientos de quimioterapia y radiación.

Red de Sobrevivientes del CáncerSM (CSN)

CSN es una comunidad cibernética creada por sobrevivientes del cáncer y por las personas que cuidan de los enfermos. Pueden participar todas las personas afectadas personalmente por el cáncer. El sitio incluye testimonios grabados en español por sobrevivientes

del cáncer hispanos que expresan su experiencia personal con esta enfermedad.

Programa de Promotores de Pacientes (Patient Navigator)

El Programa de Promotores de Pacientes hace posible el trabajo de personal ACS capacitado en centros de atención médica dotados de servicios de tratamiento oncológico que tratan a una alta proporción de pacientes médicamente subatendidos. La meta del Programa de Promotores de Pacientes es proporcionar a los pacientes oncológicos y a sus familiares información sobre el cáncer, personalizada y fiable, referencias a los recursos ACS y un seguimiento puntual.

Quitline®

El programa Quitline es un servicio de asesoramiento telefónico basado en datos científicos que ofrece asistencia para dejar de fumar, así como publicaciones en español e inglés. El programa Quitline ofrece asimismo una línea TTY y materiales de autoayuda, tales como cintas de audio para personas con un bajo nivel de lectura.

¿Qué otras organizaciones centran sus actividades en el cáncer y otros temas médicos entre los hispanos?

Instituto para la Salud Hispana

El Instituto para la Salud Hispana del Consejo Nacional de la Raza (NCLR) se dedica a reducir la incidencia, carga e impacto de los problemas médicos en los estadounidenses hispanos. El instituto trabaja en estrecha colaboración con entidades afiliadas a NCLR, socios gubernamentales y otras organizaciones que prestan servicio a los hispanos con el fin de ofrecer intervenciones de salud de calidad y proporcionar asistencia técnica y enfoques basados en datos científicos que son culturalmente adecuados y lingüísticamente apropiados. Estas intervenciones se centran en la mejora del acceso y utilización de programas de prevención de enfermedades y de promoción de la salud. Para más información, visite la página web <http://www.nclr.org/content/programs/detail/1452/>.

Consejo Nacional Latino para la Prevención del Alcohol y el Tabaco (LCAT)

El Consejo Nacional Latino para la Prevención del Alcohol y el Tabaco (LCAT), creado en 1989 por un grupo latino de profesionales de la salud pública y representantes comunitarios, se dedica a reducir los daños causados por el alcohol y el tabaco en la comunidad latina. El LCAT presta servicio como centro de recursos a nivel nacional para quienes trabajan activamente en la prevención y el control del tabaco entre los hispanos/latinos. Para más información, visite la página web: <http://www.nlcatp.org/>.

Prevención

Prevención es una organización sin fines de lucro que desarrolla, produce y divulga materiales educativos en idioma español sobre la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades a través de la radio y televisión hispanas e Internet. En asociación con entidades públicas y organizaciones privadas, *Prevención* lleva a cabo campañas de información sobre la salud enfocadas especialmente a segmentos de hispano hablantes con acceso limitado a la información médica de calidad. Para más información, visite la página web: <http://www.prevencion.org/>.

Redes en Acción

La Red Nacional Latina para la Investigación del Cáncer es una iniciativa patrocinada por el Instituto Nacional del Cáncer cuya misión es combatir el cáncer entre los latinos. El programa se centra en la creación de redes de entidades asociadas a nivel regional y nacional que participan en actividades de investigación, capacitación y concienciación sobre el cáncer en relación con temas oncológicos clave para la comunidad latina. Bajo las nuevas iniciativas del Programa de Redes Comunitarias de NCI, *Redes* está ampliando su infraestructura para reducir las disparidades del cáncer mediante la promoción de la educación, investigación y capacitación relacionadas con el cáncer en los EE.UU. y Puerto Rico. Para más información, visite la página web: <http://redesenaccion.org/>.

Fuentes estadísticas

Casos nuevos de cáncer: El número de casos nuevos estimados en los EE.UU. entre hispanos en 2006 se calculó mediante la introducción en un modelo de previsiones estadísticas del número estimado de casos de cáncer ocurridos cada año en los EE.UU. desde 1992 a 2003. El número estimado de casos en los EE.UU. desde 1999 a 2003 se calculó usando la tasa de incidencia oncológica de las 13 regiones de los EE.UU. incluidas en el programa SEER del Instituto Nacional del Cáncer y datos sobre población recabados en la Oficina Nacional del Censo de EE.UU.

Tasas de incidencia: Las tasas de incidencia se definen como el número de casos nuevos de cáncer que se diagnostica cada año en una población de un tamaño determinado. Normalmente se expresan como el número total de casos por 100,000 habitantes por año. Los datos sobre incidencia utilizados en este informe los reunió el programa SEER, junto con los datos sobre población recogidos por la Oficina del Censo de EE.UU. Todas las tasas de incidencia de esta publicación han sido ajustadas según la edad a la población estándar de EE.UU. del año 2000. Las tasas de incidencia de los EE.UU. por etnia/raza se publicaron originalmente en *Informe de Estadísticas del Cáncer de SEER 1975-2003*.

Mortalidad debida al cáncer: El número estimado de muertes por cáncer en los EE.UU. entre hispanos en 2006 se calculó mediante la introducción en un modelo de

previsiones estadísticas del número estimado de muertes por cáncer ocurridas en los EE.UU. desde 1992 a 2003. Los datos sobre el número de muertes se obtuvieron del Centro Nacional de Estadísticas de la Salud (NCHS), perteneciente a los Centros para el Control y Prevención de las Enfermedades.

Tasas de mortalidad: Al igual que las tasas de incidencia, las tasas de mortalidad representan el número correspondiente de muertes por 100,000 habitantes por año. Las tasas de mortalidad las proporcionó el programa SEER usando datos sobre mortalidad oncológica del Centro Nacional de Estadísticas de la Salud, junto con los datos sobre población de la Oficina del Censo de EE.UU. Todas las tasas de mortalidad indicadas en esta publicación han sido ajustadas según la edad a la población estándar de EE.UU. del año 2000.

Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo de la Conducta (BRFSS). El BRFSS es una encuesta del CDC, Centro Nacional para la Promoción de la Salud y la Prevención de Enfermedades Crónicas (NCCDPHP), y los estados y territorios de los EE.UU. Ha sido diseñada para proporcionar estimaciones a nivel estatal de la presencia de factores de riesgo relacionados con la conducta, tales como el consumo de tabaco, la actividad física y las pruebas de detección del cáncer. La muestra de la encuesta es lo suficientemente amplia como para

permitir la obtención de estimaciones a nivel estatal. Los datos se consiguen a través de entrevistas telefónicas mensuales asistidas por computadora, efectuadas a adultos de 18 años de edad en adelante. Las estimaciones del BRFSS sobre la presencia de estos factores están sujetas a varias limitaciones. Por ejemplo, las estimaciones solamente se aplican a adultos que viven en un hogar dotado de una línea telefónica residencial. Para más información, visite la página web del BRFSS: <http://www.cdc.gov/brfss>.

Encuesta Nacional de Exámenes de Nutrición y Salud (NHANES). La NHANES es una encuesta del CDC, Centro Nacional de Estadísticas de la Salud (NCHS). La encuesta ha sido diseñada para proporcionar estimaciones nacionales sobre el estado de la nutrición y salud de niños y adultos. Los datos se consiguen a través de entrevistas en persona y exámenes físicos en centros médicos móviles. Para más información, visite la página web de NHANES: <http://www.cdc.gov/nchs/nhanes.htm>.

Encuesta Nacional de Salud (NHIS). La NHIS es una encuesta del CDC, Centro Nacional de Estadísticas de la Salud (NCHS). La encuesta ha sido diseñada para proporcionar estimaciones nacionales sobre características personales, socioeconómicas, demográficas y de la salud, tales como el consumo de

tabaco y la actividad física. Los datos se consiguen a través de entrevistas telefónicas mensuales asistidas por computadora, efectuadas a adultos de 18 años de edad en adelante. La NHIS es una encuesta anual llevada a cabo por el NCHS desde 1957. Para más información, visite la página web de NHIS: <http://www.cdc.gov/nchs/nhis.htm>.

Sistema de Vigilancia de las Conductas de Riesgo en Jóvenes (YRBSS). El sistema YRBSS es una encuesta del CDC, Centro Nacional para la Promoción de la Salud y la Prevención de Enfermedades Crónicas (NCCDPHP). La encuesta ha sido diseñada para proporcionar estimaciones a nivel nacional, estatal y local sobre conductas de riesgo para la salud tales como el consumo de tabaco, conductas dietéticas perjudiciales e inactividad física entre niños y jóvenes que asisten a escuelas secundarias públicas y privadas. Los datos se consiguen mediante un cuestionario que llenan los propios encuestados durante un período de clase o asignatura requerida. La YRBSS es una encuesta bianual iniciada en 1991. Los datos de las encuestas estatales y locales son de calidad variable, por lo que se debe actuar con cautela al hacer comparaciones de datos entre ellas. Para más información, visite la página web de YRBSS: <http://www.cdc.gov/HealthyYouth/yrbs/index.htm>.

Factores que influyen en la incidencia y mortalidad del cáncer

Cobertura geográfica y exactitud de los datos

La comparación de las tasas del cáncer entre grupos raciales y étnicos, en especial aquellos grupos que no están compuestos por blancos o negros, debe interpretarse con cautela dado que la etnia y la raza no se clasifican siempre de un modo uniforme en expedientes médicos, actas de defunción y en el censo decenal de EE.UU. Por consiguiente, es probable que se subestimen las tasas de poblaciones distintas a las razas blanca y negra. En segundo lugar, los datos de incidencia reunidos en este informe provienen de las 13 áreas SEER de registro del cáncer que cubren aproximadamente el 15% de la población estadounidense, y podrían no reflejar con exactitud la experiencia de los latinos en relación con el cáncer en todas las regiones del país. En tercer lugar, las comparaciones efectuadas entre

hispanos y blancos no hispanos consideran únicamente la etnia y no describen posibles diferencias raciales. Por último, la experiencia de la población hispana en relación con el cáncer varía mucho dependiendo del país de origen. Por ejemplo, es más probable que la incidencia de los cánceres relacionados con el tabaco sea más alta en los cubano-americanos que en los mexicanoamericanos debido a las diferencias en el consumo de tabaco entre estos dos grupos.

Ajuste por edad a la población estándar del año 2000

Los epidemiólogos utilizan un método estadístico denominado “ajuste por edad” para comparar grupos de personas de diferentes edades. Por ejemplo, sin ajustar por edad, sería inexacto comparar las tasas de cáncer del estado de Florida, cuya población tiene una edad

media avanzada, con la de Alaska, cuya población es más joven. Esto reviste aún mayor importancia al examinar tasas de cáncer, dado que el cáncer es, por lo general, una enfermedad que afecta a personas de mayor edad. Si no ajustáramos por edad, parecería que las tasas de cáncer de Florida son mucho más altas que las de Alaska. No obstante, una vez que ajustamos por edad, las tasas son similares entre los dos estados.

Desde la publicación de *Datos y Estadísticas sobre el Cáncer en Hispanos/Latinos 2003-2005*, utilizamos el censo estadounidense más reciente (2000) como referencia base de nuestro ajuste por edad. Antes de 2003, nuestras estadísticas se basaban en el censo de 1970. Este cambio sigue a aquellas agencias federales que publican estadísticas. El cambio requerirá asimismo que se calcule de nuevo las tasas ajustadas según la edad de los años anteriores, para permitir así comparaciones válidas entre el año en curso y años anteriores.

El impacto de este cambio en la tasa de un determinado cáncer variará de acuerdo con las edades en las que generalmente se diagnostica este cáncer. En el conjunto combinado de todos los cánceres, la tasa de incidencia promedio ajustada por la edad para el período 2000-2003 aumentará aproximadamente en un 20% cuando se

ajuste a la población estándar del año 2000, comparada con la del año 1970. Por ejemplo, la incidencia del cáncer de colon, que ocurre con mayor frecuencia en grupos de edad más avanzada, aumentará hasta en un 25% usando la población estándar del 2000. Este cambio es resultado del aumento en la representación de edades más avanzadas en la población estándar del año 2000, comparada con la del año 1970.

El propósito del cambio a la población estándar del año 2000 es reflejar con mayor precisión las tasas de incidencia y mortalidad, considerando el envejecimiento de la población de los Estados Unidos. La esperanza de vida de los estadounidenses es mayor, debido al descenso de las enfermedades infecciosas y cardiovasculares. Gracias al aumento de la esperanza de vida, las personas viven hasta una edad en la que el cáncer y otras enfermedades crónicas son más frecuentes. Al utilizar la población estándar del año 2000 para ajustar por edad en lugar de la de 1970, las tasas ajustadas según la edad se acercan más a las tasas reales no ajustadas de la población.

Referencias

1. Ries LAG, Harkins D, Krapcho M, et al., eds. *SEER Cancer Statistics Review, 1975-2003*. Bethesda, MD: National Cancer Institute; 2006.
2. *GLOBOCAN 2002: Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide IARC CancerBase No. 5*. [computer program]. Version 2.0. Lyon: IARC Press; 2004.
3. Wilkinson JD, Wohler-Torres B, Trapido E, et al. Cancer trends among Hispanic men in South Florida, 1981-1998. *Cancer*. Feb 15 2002;94(4):1183-1190.
4. Thomas DB, Karagas MR. Cancer in first and second generation Americans. *Cancer Res*. Nov 1 1987;47(21):5771-5776.
5. Chao A, Gilliland FD, Hunt WC, Bulterys M, Becker TM, Key CR. Increasing incidence of colon and rectal cancer among Hispanics and American Indians in New Mexico (United States), 1969-94. *Cancer Causes Control*. Mar 1998;9(2):137-144.
6. Lara M, Gamboa C, Kahramaniau IM, Morales LS, Bautista DE. Acculturation and Latino health in the United States: a review of the literature and its sociopolitical context. *Ann Rev Public Health*. 2005;26:367-397.
7. Jemal A, Clegg LX, Ward E, et al. Annual report to the nation on the status of cancer, 1975-2001, with a special feature regarding survival. *Cancer*. Jul 1 2004;101(1):3-27.
8. American Cancer Society. *Breast Cancer Facts & Figures, 2005-2006*. Atlanta, GA: American Cancer Society; 2005.
9. Hamilton BE, Martin JA, Ventura SJ, Sutton PD, Menacker F. Births: preliminary data for 2004. *Natl Vital Stat Rep*. Dec 29 2005;54(8):1-17.
10. National Center for Health Statistics. *Health, United States, 2005 With Chartbook on Trends in the Health of Americans*. Hyattsville, MD; 2005.
11. Newell DA, Markides KS, Ray LA, Freeman JL. Postmenopausal hormone replacement therapy use by older Mexican-American women. *J Am Geriatr Soc*. Aug 2001;49(8):1046-1051.
12. Eliassen A, Colditz G, Rossner B, Willett W, Hankinson S. Adult weight change and risk of postmenopausal breast cancer. *JAMA*. 2006;296(2):193-198.
13. Miller BA, Hankey BF, Thomas TL. Impact of sociodemographic factors, hormone receptor status, and tumor grade on ethnic differences in tumor stage and size for breast cancer in US women. *Am J Epidemiol*. Mar 15 2002;155(6):534-545.
14. *Cancer Incidence in Five Continents*. Vol VIII. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; 2002.
15. American Cancer Society. *Colorectal Cancer Facts & Figures, Special Edition 2005* Atlanta, GA: American Cancer Society; 2005:20.
16. Tomeo CA, Colditz GA, Willett WC, et al. Harvard Report on Cancer Prevention. Volume 3: prevention of colon cancer in the United States. *Cancer Causes Control*. Jun 1999;10(3):167-180.
17. Etzioni DA, Ponce NA, Babey SH, et al. A population-based study of colorectal cancer test use: results from the 2001 California Health Interview Survey. *Cancer*. Dec 1 2004;101(11):2523-2532.
18. Annual smoking-attributable mortality, years of potential life lost, and productivity losses – United States, 1997-2001. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. Jul 1, 2005;54(25):625-628.
19. Shavers VL, Brown M, Klabunde CN, et al. Race/ethnicity and the intensity of medical monitoring under “watchful waiting” for prostate cancer. *Med Care*. Mar 2004;42(3):239-250.
20. Canto MT, Chu KC. Annual cancer incidence rates for Hispanics in the United States: surveillance, epidemiology, and end results, 1992-1996. *Cancer*. Jun 1 2000;88(11):2642-2652.
21. Pisters PWT, Kelsen DP, Powell SM, JE T. Cancer of the stomach. In: Devita VT, Hellman S, SA R, eds. *Cancer: Principles & Practice of Oncology*. 7th ed. Philadelphia, PA: Lippincott, Williams & Wilkins; 2005.
22. Brown LM. Helicobacter pylori: epidemiology and routes of transmission. *Epidemiol Rev*. 2000;22(2):283-297.
23. Donato F, Boffetta P, Puoti M. A meta-analysis of epidemiological studies on the combined effect of hepatitis B and C virus infections in causing hepatocellular carcinoma. *Int J Cancer*. Jan 30 1998;75(3):347-354.
24. Bartlett DL, Carr BI, JWM. Cancer of the liver. In: Devita VT, Hellman S, SA R, eds. *Cancer: Principles & Practice of Oncology*. 7th ed. Philadelphia, PA: Lippincott, Williams & Wilkins; 2005.
25. Ramirez A, Suarez L. Hispanic Cultures. In: Breslow L, ed. *Encyclopedia of Public Health*. New York, NY: MacMillan Reference USA; 2001:565-657.
26. Giuliano AR, Papenfuss M, Schneider A, Nour M, Hatch K. Risk factors for high-risk type human papillomavirus infection among Mexican-American women. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. Jul 1999;8(7):615-620.
27. McNeil C. Coming soon: cervical cancer vaccines and an array of public health issues. *J Natl Cancer Inst*. Apr 5 2006;98(7):432-434.

28. Reynolds D. Cervical cancer in Hispanic/Latino women. *Clinical Journal of Oncology Nursing*. 2004;8(2):146-150.
29. IARC. *IARC Handbooks of Cancer Prevention*. Vol 10. Lyon: World Health Organization. International Agency For Research on Cancer. IARC Press; 2005.
30. Lazcano-Ponce EC, Miquel JF, Munoz N, et al. Epidemiology and molecular pathology of gallbladder cancer. *CA Cancer J Clin*. Nov-Dec 2001;51(6):349-364.
31. Fraumeni JF, Devesa SS, McLaughlin JK, Stanford JL. Biliary tract cancer. In: Schottenfeld D, JF F, eds. *Cancer Epidemiology and Prevention*. 2nd ed. New York: Oxford University Press; 1996.
32. McNeil DE, Cote TR, Clegg L, Mauer A. SEER update of incidence and trends in pediatric malignancies: acute lymphoblastic leukemia. *Med Pediatr Oncol*. Dec 2002;39(6):554-557; discussion 552-553.
33. Wilkinson JD, Fleming LE, MacKinnon J, et al. Lymphoma and lymphoid leukemia incidence in Florida children: ethnic and racial distribution. *Cancer*. Apr 1 2001;91(7):1402-1408.
34. Census. US Census Bureau, Census 2000 Summary File 4. Additional report "We the People: Hispanics in the United States" Census 2000 Special Reports, 2004. CENSR-18.
35. Escarce J, Kapur K. *Access to and Quality of Health Care. In Hispanics and the Future of America*. Eds. Marta Tienda and Faith Mitchell. pp.410-415. Committee on Transforming Our Common Destiny, National Research Council National Academy Press, Washington, DC; 2006.
36. Ross J, Bradley E, Busch S. Use of Health Care Services by Lower-Income and Higher-Income Uninsured Adults. *JAMA*. 2006;295:2027-2036.
37. IOM. Institute of Medicine. Committee on the Consequences of Uninsurance. Series of reports: Coverage matters: insurance and health care; Care without coverage; Health insurance is a family matter; A shared destiny: community effects of uninsurance; Hidden costs, value lost: uninsurance in American. National Academy Press, Washington, DC 2001-2003.
38. Morales LS, Lara M, Kington RS, Valdez RO, Escarce JJ. Socioeconomic, cultural, and behavioral factors affecting Hispanic health outcomes. *J Health Care Poor Underserved*. Nov 2002;13(4):477-503.
39. Kirby J, Taliaferro G, Zuvekas S. Explaining racial and ethnic disparities in health care. *Med Care*. 2006;44(5 Suppl):I64-72.
40. Sherrill W, Crew L, Mayo R, Mayo W, Rogers B, Haynes D. Educational and health services innovation to improve care for rural Hispanic communities in the USA. *Rural Remote Health*. 2005;5(4):402-411.
41. NHIS. National Health Interview Survey (NHIS), 2003, Sample adult file (Samadult Data), National Center for Health Statistics, Centers for Disease Control and Prevention. Available at <http://www.cdc.gov/nchs/nhis.htm>. 2003.
42. National Alliance for Hispanic Health. *Quality Health Services for Hispanics: The Cultural Competency Component*. US Department of Health and Human Services, 2001.
43. Diaz VA, Jr. Cultural factors in preventive care: Latinos. *Prim Care*. Sep 2002;29(3):503-517, viii.
44. Curry S, Byers T, Hewitt M, (Eds.). *Fulfilling the potential for cancer prevention and early detection*. National Cancer Policy Board. Washington, DC: The National Academy Press; 2003.
45. ACS. American Cancer Society. *Cancer Prevention & Early Detection Facts & Figures, 2006*. Atlanta, GA. Available at www.cancer.org.
46. Colditz GA, Atwood KA, Emmons K, et al. Harvard report on cancer prevention volume 4: Harvard Cancer Risk Index. Risk Index Working Group, Harvard Center for Cancer Prevention. *Cancer Causes Control*. Jul 2000;11(6):477-488.
47. CDC. *Reducing Tobacco Use: A Report of the Surgeon General, 2000*. US Department of Health and Human Services. Washington, DC. 2000.
48. Acevedo-Garcia D, Pan J, Jun HJ, Osypuk TL, Emmons KM. The effect of immigrant generation on smoking. *Soc Sci Med*. Sep 2005;61(6):1223-1242.
49. Bethel J, Schenker M. Acculturation and smoking patterns among Hispanics: a review. *Am J Prev Med*. 2005;29(2):143-148.
50. Howe H, Xiao Cheng W, Ahmed F, et al. Annual Report to the Nation on the Status of Cancer, 1975-2003, Featuring Cancer among US Hispanic/Latino Populations. *Cancer*. 2006; In Press.
51. Fiore M, Bailey W, Cohen S. *Treating Tobacco Use and Dependence*. US Department of Health and Human Services. Public Health Services. Rockville, Md. 2000.
52. Houston T, Scarinci I, Person S, Greene P. Patient smoking cessation advice by health care providers: the role of ethnicity, socioeconomic status, and health. *Am J Public Health*. 2005;95:1056-1061.
53. Levinson A, Perez-Stable E, Espinoza P, Flores E, Byers T. Latinos report less use of pharmaceutical aids when trying to quit smoking. *Am J Prev Med*. 2004;26(2):105-111.
54. ALS. *Smoking Trends Report*. American Lung Association 2006.
55. Pierce J, Gilpin E, Emery S. *Tobacco control in California: who's winning the war? An evaluation of the Tobacco Control Program, 1989-1996*. University of California, San Diego, CA 1998. La Jolla, CA. 1998.

56. Perez-Stable E, Marin G, Posner S. Ethnic comparison of attitudes and beliefs about cigarette smoking. *J Gen Intern Med.* 1998;13(3):167-174.
57. Zhu S, Nguyen Q, Cummins S, Wong S, Wightman V. Non-smokers seeking help for smokers: a preliminary study. *Tob Control.* 2006;15(2):107-113.
58. Woodruff S, Talavera G, Elder J. Evaluation of a culturally appropriate smoking cessation intervention for Latinos. *Tob Control.* 2002;11:361-367.
59. Baezconde-Garbanati L, Garbanati JA. Tailoring tobacco control messages for Hispanic populations. *Tob Control.* 2000;9 Suppl 1:I51.
60. Caraballo R, Lin Yee S, Gfroerer J, Pechacek T, Henson R. Tobacco Use Among Racial and Ethnic Populations subgroups of Adolescents in the United States. *Prev Chronic Dis.* 2006;3(2):1-11.
61. Stoddard J, Johnson C, Sussman S, Dent C, Boley-Cruz T. Tailoring outdoor tobacco advertising to minorities in Los Angeles County. *J Health Commun.* 1998 3(2):137-146.
62. Feighery E, Borzekowski D, Schooler C, Flora J. Seeing, wanting, owning: the relationship between receptivity to tobacco marketing and smoking susceptibility in young people. *Tob Control.* 1998 7(2):123-128.
63. DHHS. US Department of Health and Human Services. *Tobacco Use Among Racial/Ethnic Groups – African Americans, American Indian and Alaska Natives, Asian Americans and Pacific Islanders, and Hispanics: Report of the Surgeon General.* Atlanta, GA: US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention; 1998.
64. Cokkinides V, Bandi P, Ward E, Jemal A, Thun M. Progress and Opportunities in Tobacco Control. *CA Cancer J Clin.* 2006;56 135-142.
65. IARC. International Agency for Research on Cancer. Alcohol drinking. IARC Monogr Eval Carcinogen Risks Hum. Lyon, France. 1988.
66. Doll R, Forman D, La Vecchia C, Woutersen R. Alcoholic beverages and cancers of the digestive tract and larynx. In: McDonald I, (Editor). *Health issue related to alcohol consumption.* Second Ed. Oxford: Blackwell. 1995.
67. Schatzkin A, Longnecker M. Alcohol and breast cancer. Where are we now and where do we do from here? *Cancer* 1994;74:1101-1110.
68. Marin G, Marin M. Differential perceptions of drinkers of alcoholic beverages by Mexican-Americans and non-Hispanic whites. *Subst Use Misuse.* 1997;32(10):1369-1384.
69. Randolph W, Stroup-Benham C, Black S, Markides K. Alcohol use among Cuban-Americans, Mexican-Americans, and Puerto Ricans. *Alcohol Health Res World.* 1998;22(4):265-269.
70. De La Rosa M. Acculturation and Latino adolescents' substance use: a research agenda for the future. *Subst Use Misuse.* 2002;37(4):429-456.
71. Wagner E. Conceptualizing alcohol treatment research for Hispanic/Latino adolescents. *Alcoholism: Clinical & Experimental Research.* 2003;27(8):1349-1352.
72. Sale E, Sambrano S, Springer J, Pena C, Pan W, Kasim R. Family protection and prevention of alcohol use among Hispanic youth at high risk. *Am J Comm Psychol.* 2005 36(3-4):195-205.
73. IARC. *Handbook of Cancer Prevention, Vol 6. Weight Control and Physical Activity.* International Agency for Research on Cancer (IARC) Lyon, France 2002.
74. Ogden C, Carroll M, Curtin L, McDowell M, Tabak C, Flegal K. Prevalence of overweight and obesity in the United States, 1999-2004. *JAMA.* 2006 295(13):1549-1555.
75. DHHS. *The Surgeon General's Call to Action to Prevent and Decrease Overweight and Obesity.* Washington, DC: US Department of Health and Human Services. 2001.
76. Ledikwe J, Ello-Martin J, Rolls B. Portion Sizes and the Obesity Epidemic. *J Nutr.* 2005;135:905-909.
77. IOM. *Preventing Childhood Obesity: Health in the Balance.* (Eds.) Koplan, JP., Liverman, CT. Kraak, VI. Institute of Medicine, Washington, D.C. 2005.
78. Byers T, Nestle M, McTiernan A, et al. American Cancer Society Guidelines on Nutrition and Physical Activity for Cancer Prevention: Reducing the Risk of Cancer with Healthy Food Choices and Physical Activity. *CA Cancer J Clin.* 2002;52:92 - 119.
79. Serdula M, Ivery D, Coates R, Freedman D, Williamson D, Byers T. Do obese children become obese adults? A review of the literature. *Prev Med.* 1993;22:167-177.
80. Dietz W. Health consequences of obesity in youth: Childhood predictors of adult disease. *Pediatrics.* 1998;105:518-525.
81. Odgen C, Flegal K, Carroll M, Johnson C. Prevalence and trends in overweight among US children and adolescents, 1999-2000. *JAMA.* 2002;288(14):1723-1737.
82. Gortmaker S, Peterson K, Wiecha J, et al. Reducing obesity via a school-based interdisciplinary intervention among youth: Planet Health. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 1999;153(4):409-418.
83. Staten L, Scheu L, Bronson D, Pena V, J. E, Adelante P. The Effectiveness of a Community-based Chronic Disease prevention. *Prev Chronic Dis.* 2005;2(1):1-11.
84. Balcazar H, M. A, Hollen M, Gonzalez-Cruz Y, Pedregon V. Evaluation of Salud Para Su Corazon (Health for Your Heart)-National Council of La Raza Promotora outreach program. *Prev Chronic Dis.* 2005;2(3):1-9.

85. CDC. Hispanic/Latino fact Sheet, Verb.™ It's what you do. Verb.™ Ponte Las Pilas. Accessed at www.cdc.gov/youthcampaign/pressroom/PDF/6.1.04Eng-HisLatFactsheet.pdf.
86. Smith R, Saslow D, Sawyer K, et al. American Cancer Society guidelines for breast cancer screening: update 2003. *CA Cancer J Clin.* 2003 53(3):141-169.
87. Smith R, von Eschenbach A, Wender R, et al. American Cancer Society guidelines for the early detection of cancer: update of early detection guidelines for prostate, colorectal, and endometrial cancers. Also: update 2001 – testing for early lung cancer detection. *CA Cancer J Clin.* 2001 51(1):38-75.
88. Saslow D, Runowicz C, Solomon D, et al. American Cancer Society guideline for the early detection of cervical neoplasia and cancer. *CA Cancer J Clin.* 2002 52(6):342-362.
89. ACS. *Colorectal Cancer Facts and Figures, special edition.* American Cancer Society, Atlanta, GA. 2005.
90. Breen N, Wagener DK, Brown ML, Davis WW, Ballard-Barbash R. Progress in cancer screening over a decade: results of cancer screening from the 1987, 1992, and 1998 National Health Interview Surveys. *J Natl Cancer Inst.* Nov 21 2001;93(22):1704-1713.
91. Otero-Sabogal R, Owens D, Canchola J, Golding JM, Tabnak F, Fox P. Mammography rescreening among women of diverse ethnicities: patient, provider, and health care system factors. *J Health Care Poor Underserved.* Aug 2004;15(3):390-412.
92. Arnsberger P, Fox P, Ryder P, Nussey B, Zhang X, Otero-Sabogal R. Timely follow-up among multicultural women with abnormal mammograms. *Am J Health Behav.* 2006 30(1):51-61.
93. Smith-Bindman R, Miglioretti D, Lurie N, et al. Does utilization of screening mammography explain racial and ethnic differences in breast cancer? *Ann Intern Med.* 2006;144(8):541-553.
94. Phillips K, Mayer M, Aday L. Barriers to care among racial/ethnic groups under managed care. *Health Aff.* 2000 19(4):65-75.
95. Doty, MM. *Insurance, Access, and Quality of Care Among Hispanic Populations: 2003 Chartpack,* The Commonwealth Fund, New York, NY. 2003.
96. Hargraves J, Cunningham P, Hughes R. Racial and ethnic differences in access to medical care in managed care plans. *Health Serv Res.* October; . 2001 36(5):853-868.
97. Gotay CC, Wilson ME. Social support and cancer screening in African American, Hispanic, and Native American women. *Cancer Pract.* Jan-Feb 1998;6(1):31-37.
98. Lawson H, Henson R, Bobo J, MK. K. Implementing recommendations for the early detection of breast and cervical cancer among low-income women. *MMWR Recomm Rep.* 2000 49(RR-2):37-55.
99. Austin LT, Ahmad F, McNally MJ, Stewart DE. Breast and cervical cancer screening in Hispanic women: a literature review using the health belief model. *Womens Health Issues.* May-Jun 2002;12(3):122-128.
100. Larkey L, PhD, University of Arizona; Phoenix, AZ. *Juntos en la Salud: Cancer Prevention and Screening for Latinas.* (funding period, 1/1/2003-12/31/2007)
101. Byers T, MD, University of Colorado Health Sciences Center; Denver, CO: *Understanding and Improving Breast Cancer Survivorship in Latinas.* (funding period 7/1/2005-6/30/2008)

Divisiones registradas de la American Cancer Society, Inc.

California Division, Inc.

1710 Webster Street
Oakland, CA 94612
(510) 893-7900 (O)
(510) 835-8656 (F)

Eastern Division, Inc. (LI, NJ, NYC, NYS, Queens, Westchester)

6725 Lyons Street
East Syracuse, NY 13057
(315) 437-7025 (O)
(315) 437-0540 (F)

Florida Division, Inc. (including Puerto Rico operations)

3709 West Jetton Avenue
Tampa, FL 33629-5146
(813) 253-0541 (O)
(813) 254-5857 (F)

Puerto Rico

Calle Alverio #577
Esquina Sargento Medina
Hato Rey, PR 00918
(787) 764-2295 (O)
(787) 764-0553 (F)

Great Lakes Division, Inc. (MI, IN)

1755 Abbey Road
East Lansing, MI 48823-1907
(517) 332-2222 (O)
(517) 664-1498 (F)

Great West Division, Inc.

**(AK, AZ, CO, ID, MT, ND, NM,
NV, OR, UT, WA, WY)**
2120 First Avenue North
Seattle, WA 98109-1140
(206) 283-1152 (O)
(206) 285-3469 (F)

High Plains Division, Inc. (HI, KS, MO, NE, OK, TX)

2433 Ridgepoint Drive
Austin, TX 78754
(512) 919-1800 (O)
(512) 919-1844 (F)

Illinois Division, Inc.

225 N. Michigan Avenue
Suite 1200
Chicago, IL 60601
(312) 641-6150 (O)
(312) 641-3533 (F)

Mid-South Division, Inc.

(AL, AR, KY, LA, MS, TN)
1100 Ireland Way
Suite 300
Birmingham, AL 35205-7014
(205) 930-8860 (O)
(205) 930-8877 (F)

Midwest Division, Inc. (IA, MN, SD, WI)

8364 Hickman Road
Suite D
Des Moines, IA 50325
(515) 253-0147 (O)
(515) 253-0806 (F)

New England Division, Inc. (CT, ME, MA, NH, RI, VT)

30 Speen Street
Framingham, MA 01701-9376
(508) 270-4600 (O)
(508) 270-4699 (F)

Ohio Division, Inc.

5555 Frantz Road
Dublin, OH 43017
(614) 889-9565 (O)
(614) 889-6578 (F)

Pennsylvania Division, Inc. (PA, Phil)

Route 422 and Sipe Avenue
Hershey, PA 17033-0897
(717) 533-6144 (O)
(717) 534-1075 (F)

South Atlantic Division, Inc. (DC, DE, GA, MD, NC, SC, VA, WV)

2200 Lake Boulevard
Atlanta, GA 30319
(404) 816-7800 (O)
(404) 816-9443 (F)

La Sociedad Americana del Cáncer es la organización de la salud que, basada en el servicio voluntario y comunitario, se dedica, mediante la investigación, educación, defensa de su causa y prestación de servicios, a prevenir el cáncer, salvar vidas y reducir el sufrimiento causado por el cáncer a fin de eliminarlo como uno de los principales problemas de salud.

Independientemente de quién sea usted, nosotros podemos ayudarle. Llámenos en cualquier momento, día o noche, para obtener información y apoyo.



**American
Cancer
Society®**

**Sociedad Americana
del Cáncer®**

1.800.227.2345
www.cancer.org

Esperanza.Progreso.Respuestas.®