

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**

FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES

**EL PROCESO DE DUELO EN LA FAMILIA
TRAS LA MASTECTOMÍA**

T E S I S

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN

P R E S E N T A

ALEJANDRA ROCÍO ZAVALA GÓMEZ

ASESORA: LIC. MARÍA GUADALUPE ÁNGEL COLCHADO

MÉXICO, D.F.

2002



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	5
CAPITULO 1. MÁS QUE UNA PALABRA COMPLICADA, LA MASTECTOMÍA.....	13
1.1 No sólo es un término médico,	13
1.1.1 Cáncer, la palabra innombrable.....	13
1.1.2 En el seno también, cáncer de mama.	15
1.2 Más que una mutilación, la mastectomía	20
1.2.1 Historia de una mutilación.....	20
1.2.2 Formas de mutilar o salvar, tipos de cirugías.....	23
1.3 Índice de afectación del cáncer de mama en México.	26
1.4 Factores de riesgo para el cáncer de mama.....	28
CAPITULO 2. PRIMERAS SEÑALES DE ALARMA, EL CÁNCER ESTÁ PRESENTE	30
2.1. La duda, Mitos relacionados con el cáncer de mama	30
2.2. La confirmación.....	35
2.3. Consultas, consultas y más consultas.....	41
2.3.1 ¿Quién acompaña a quién?	42
2.3.2 Cuando el hombre no es tan hombre	42
2.4. Reacciones	44
2.4.1. De la paciente	44
2.4.2. De la familia	48
2.4.2.1. La mamá	49
2.4.2.2. Los hijos.....	50
2.4.2.3. La pareja.....	50
2.4.2.4. Los hermanos.....	52
CAPITULO 3. TRAS LA CIRUGÍA	53
3.1 Sólo quedó la 'rayita'	53
3.2 Todo terminó, ¿ya no tengo cáncer?	57
3.2.1. Los medicamentos al rescate, ¿o no?. La quimioterapia	58
3.2.2. Algo más que rayos X. Radioterapia.	65
3.2.3. La terapia hormonal, no es sólo para la menopausia.....	70

3.2.4.	Quando el brazo empieza a “engordar”, el linfedema.	71
CAPITULO 4. ¿Y AHORA QUÉ?, EL DUELO..... 77		
4.1	El sobrevivir al cáncer es como una batalla.....	77
4.1.1.	Causas de los trastornos de tensión postraumática en el cáncer 79	
4.1.2.	Tratamiento.....	79
4.2	Más allá de una simple extirpación, el Duelo	81
4.2.1.	La negación.....	82
4.2.2.	El miedo, el odio y la aceptación.....	83
4.3.	Rehabilitación	88
4.3.1.	Rehabilitación Física.....	88
4.3.2	Prótesis y Cirugía Plástica Reconstructiva.....	95
4.4.	No soy la única y no estoy sola, Grupos de autoayuda	102
4.4.1.	GRUPO NUEVA IMAGEN.....	102
4.4.2.	GRUPO RETO - Condesa	106
4.4.3.	FUNDACIÓN CIMA	108
CAPITULO 5. VIVIR COMO ANTES..... 110		
5.2.	“Nuevas” relaciones familiares	113
5.3.	El vivir un solo día a la vez.....	121
ANEXOS LA PREVENCIÓN		
	Anexo 1 Productos y Costumbres de cuidado, Factores de Riesgo para el cáncer mamario	136
	Anexo 2 El aliado químico... .. Tamoxifeno	139
	Anexo 3 Preguntas más comunes acerca del cáncer de mama.....	140
	Anexo 4 La tecnología en pro de la prevención, La Mamografía.....	144
	Anexo 5 Patología y localización del cáncer de mama	146
	Anexo 6 El cáncer de mama también es noticia	147
	Casi un diez por ciento del cáncer de mama se hereda... Estrella digital	147
	Identifican nuevo gen de susceptibilidad al cáncer de seno... AP.....	148
	Identifican mutación genética que podría incidir en el cáncer de mama... CNN	149
	Aprueban artefacto para concentrar radiación en cáncer de mama... AP	150
	Sostén eléctrico que detecta cáncer de mama... CNI.....	151
	Dieta y estilo de vida influyen en desarrollo de cáncer de mama... CNI	152
	Aumentan estrógenos riesgos de cáncer de mama... El Universal	153
	La extensión de la realización de mamografías comporta un menor índice de mastectomías... British Medical Journal.....	154
	La mastectomía radical en cáncer de mama no comporta una mayor supervivencia que la cirugía más conservadora... The New England Journal of Medicine	155

Necesario intensificar campañas de prevención de cáncer de mama: SSA... Notimex..	156
Estudio chino resta importancia al autoexamen de los senos...AP.....	157
Extirpación de tumor es tan efectiva como la mastectomía...AP.....	158
Internet estimula a pacientes a buscar datos de salud...Reuters	159
Anexo 7 Esquema de autoexploración mamaria.....	161
Anexo 8 GRUPO RETO en la Republica Mexicana.....	165
BIBLIOGRAFÍA.....	166
FUENTES.....	171

INTRODUCCIÓN

- “Es maligno, habrá que cortar”.

-¡¿Qué?!, si tan sólo salió un poco de sangre.....¡apenas tengo 26 años, eso no puede pasarme a mí!, ¡Mis senos están bien!, gritó Gabriela Herrera, se levantó rápidamente de su asiento en ese consultorio, donde sin duda estaban cometiendo un grave error, tiene aún muchos planes para ese día, para su vida; su esposo está a un lado, serio, mirándola a los ojos, agarrando su mano, sudando de pronto.....llorando ‘*quedito*’, como si sus lagrimas calladas pudieran resolver “su problema”.

- “El cáncer no tiene palabra, edad, sexo o condición económica Gaby”, contestó su doctora, fue fría, directa, noticias como ésta no son fáciles, pero la vida de su paciente está en riesgo.

Estos breves momentos en un consultorio resumen lo que para muchas mujeres representa la noticia de un cáncer de mama, por lo que este reportaje da a conocer el proceso de duelo que viven, individual y familiarmente, a consecuencia de la mastectomía (extirpación del seno).

En la actualidad y a pesar del vasto material que existe sobre el cáncer de mama y la mastectomía, las estadísticas del INEGI (Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática) consideran que en México el cáncer mamario representa la segunda causa de muerte entre la población femenina.

Sin duda, uno de los principales culpables es la falta de información sobre sus formas de detección temprana, pero sobre todo un elemento que hasta este momento se ha pasado por alto es: “El grave problema que representa dentro del núcleo familiar mexicano, el hecho de una enfermedad y tratamiento tan ‘mitificados’”.

Las mastectomizadas (quienes se han sometido a una extirpación de seno) y especialistas entrevistados aseguran que es en la familia donde existen las soluciones y el apoyo que ellas necesitan, por eso el presente trabajo pretende aportar información real y objetiva que proporcione una herramienta útil para el mayor reconocimiento,

aceptación y comprensión del problema que para una mujer y su familia entrañan el cáncer de mama y la mastectomía.

Las pacientes entrevistadas opinan que el tema de *“El duelo en la familia tras la mastectomía”* tiene muchas vertientes y acercamientos diversos y contradictorios. Por un lado, los médicos especialistas en el tratamiento del cáncer (oncólogos), califican, analizan y extirpan el “problema”, sin embargo, externaron que ellas y sus familias inician su propio “calvario” al finalizar la cirugía, vuelven a la vida, pero ya no “completas” y muchas actividades tan cotidianas como por ejemplo, salir a la calle, ir a nadar o utilizar una blusa son tremendamente difíciles o incluso impensables.

Algunas afectadas plantearon que estos aspectos tan triviales o hasta anecdóticos han sido poco mencionados ante la sociedad, o peor, omitidos; para los estudiosos su operación es sólo un número más en una fría estadística anual, su caso es digno de “estudio” más no de comprensión. El sentimiento de fragilidad, de vida, de dolor, de amor o de rechazo en el seno familiar, son aspectos “íntimos” que merecen ser tomados en cuenta.

Los “si hubiera” también juegan un papel importantísimo, pues esta cirugía pudiera evitarse si la mujer se practicara su autoexamen, sí dentro de su casa le “hubieran” explicado que era un autoexamen, sí le “hubieran” dicho que no todas las bolitas son “grasa” o que el simple hecho de revisarse no era algo sucio, malo o prohibido o que el cáncer no es sinónimo de muerte y que la mujer es más que un seno.

A este respecto el Dr. Hernando Miranda Hernández, Jefe de la Unidad de Tumores Mamarios del Hospital General de México afirma: **“La cultura de prevención es para las afectadas y los especialistas la tabla de salvación que las mujeres deberían no pasar por alto”**.

El público lector al que está dirigido este reportaje es la familia, pues es en ella donde se gestan los problemas de “aceptación” o “rechazo” de una mujer mastectomizada; es en la familia donde se concentran todos los tabús sociales ante la muerte, el cuerpo o la vida plena.

Por la complejidad del tema, la naturaleza y objetivos del presente reportaje sólo se abarca el universo comprendido por pacientes y familiares que han asistido a grupos de autoayuda en el DF. y más concretamente: GRUPO NUEVA IMAGEN – del Centro Médico Nacional Siglo XXI – y GRUPO RETO – Condesa. Se eligieron a estos dos grupos por su representatividad en las visiones gubernamental y de asociación civil, respectivamente.

Los datos "técnicos" que complementan este reportaje, como por ejemplo: qué es el cáncer, qué la mastectomía, tipos de cirugías reconstructivas, tratamientos médicos tras la cirugía, etc., fueron tomados de distintas fuentes, unas veces de internet y otras de manuales del IMSS o GRUPO RETO, dando como resultado una compilación que busca proporcionar, de la forma más integralmente posible, la información que muchas mujeres y sus familias necesitan y desean conocer sobre esta enfermedad y su impacto familiar.

Por otro lado, hay que destacar que en este reportaje, las protagonistas principales serán esas mujeres que tuvieron que dejar su cotidianeidad para luchar por su vida y, por desgracia, para recuperar su rutina.

¿Por qué por desgracia?, al principio de esta investigación tuve el error de suponer que muchas mastectomizadas, o la gran mayoría, al tener una nueva oportunidad verían en perspectiva su vida antes del cáncer y tratarían de mejorar el camino que aún les faltaba por recorrer, sin embargo y de acuerdo con los testimonios aquí presentados, muchas quieren sanar y "estar bien" no por ellas mismas, no por su futuro, aún siguen conservando su papel de objeto dentro de su familia y la meta primordial es "estar bien para ellos".

Pero así es el reportaje, no lo que el periodista quiere sino lo que la realidad imponga, tal y como afirma Martín Vivaldí, en el libro de Julio del Río Reynaga **Periodismo interpretativo, El Reportaje**: *"El reportaje refleja no sólo la apariencia externa de las cosas, sino su más íntima esencia y sustancia"*,

El manejar al reportaje como metodología en el presente trabajo representa una ventaja para el lector, ya que en la actualidad este género periodístico es considerado como el más completo, al plantear la realidad social como algo más que una noticia o un mero informe, pues brinda las herramientas que proporciona la nota informativa al dar a conocer los nuevos avances médicos que existen en la prevención de la mastectomía y aporta las cifras de afectadas que existen en México, lo cual es útil pues da una visión de lo grave del problema y la importancia de todo esfuerzo por abatirlo; también aduce a la crónica, por la narración y descripción de los acontecimientos que son detonantes de las batallas que las mujeres aún no saben que van a pelear.

Mientras que las entrevistas serán el material que dará voz a estas mujeres que "platican" sus vivencias antes, durante y después de la mastectomía, así como a la familia, que a pesar de tener sus dos senos afirman que el cáncer y la mastectomía también los "tocó". La entrevista servirá asimismo para exponer las experiencias de los especialistas en el campo del cáncer mamario y la mastectomía, lo cual es muy

importante para entender como se contempla el presente y futuro del cáncer de mama y su realidad dentro de la familia mexicana.

Sin embargo, hay que aclarar que no todas las mujeres y sus familiares, a los que me acerque para solicitarles una entrevista, quisieron hablar sobre el tema. Es indispensable mencionar este hecho para comprender que, a pesar de que se respeto su intimidad ofreciendo confidencialidad en el manejo de sus nombres, es admirable el valor y honestidad de aquellas a las que la entrevista y la grabadora represento una manera de ayudar a las que están en su mismo dilema

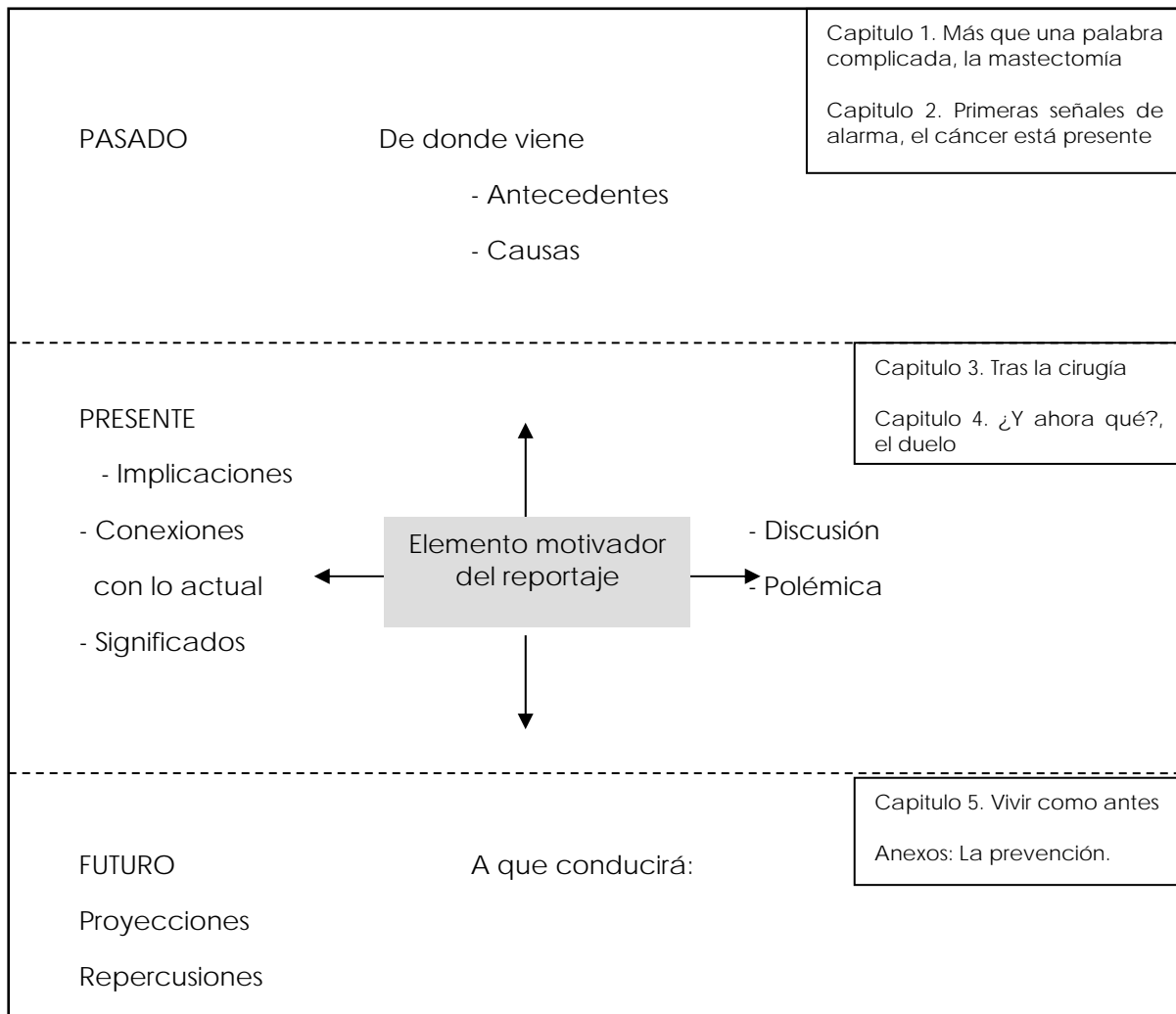
Frases como: “no quiero sentirme como un sujeto de estudio”, “aún no puedo decir la palabra (cáncer), menos contarte sobre esto”, “mi familia no sabe que tan mal estoy”, “se me junto el cáncer y un mal marido, no tengo cabeza para platicar”, “me estoy muriendo y quieres que te lo cuente”, “No me siento a gusto al recordar todo lo que pasó, sólo quiero olvidar y seguir adelante”, “No fue tan grave, lo de mi mamá no pasó a mayores”, “no sé nada, yo sólo la acompaño”, etc., fueron continuamente dichas para negar una testimonio, dando la dimensión exacta a este trabajo: existen distintas maneras de reaccionar ante la enfermedad y tratamientos del pilar de la casa, siendo la mujer, con su actitud, quien da pauta a muchas de ellas.

Debido a lo anterior se demuestra el uso indispensable de las herramientas que ofrece el reportaje, pues éstas exigen que el trabajo de investigación muestre todos los hechos que provocan, explican y concluyen en una realidad determinada al describir, narrar, informar e interpretarlo; por lo que éste no debe basarse en la mera percepción personal del investigador, por el contrario, la estructura del planteamiento presenta la interacción y análisis sistemático de distintas fuentes, tiempos y situaciones, lo cual favorece la objetividad y pretende por tanto un mejoramiento social, como lo reitera el maestro Julio del Río Reynaga en su libro mencionado.

También hay una consideración importante al utilizar el reportaje como formato expositivo, la más importante es: la fuerza de su narración, de su descripción, de su estructura, de su lenguaje y estilo en general, que permitirán esa identificación con el lector tan necesaria para cumplir con los objetivos de este trabajo. Tal y como lo plantea Eduardo Ulibarri en su obra, *“el reporte es un género periodístico explicativo e interpretativo cuyo fin es comunicar un mensaje que haga reflexionar al receptor”*.

Además, Eduardo Ulibarri en su obra **Idea y Vida del Reportaje** proporciona una consideración importante con respecto al reportaje, pues afirma que dicho género

permite abordar los tres planos temáticos de un tema, como lo son el pasado, el presente y el futuro. Planos que para este reportaje he aplicado de la siguiente manera:



En tanto, se toma como modelo de comunicación el propuesto por Wilbur Schramm, expuesto en el libro de Florence Toussaint, **Crítica de la información de masas**, en el que además de la fuente, el mensaje y el destino se tomó como base el campo de la experiencia.

“ El campo de la experiencia es la nueva característica que engloba en forma particular el área correspondiente a los polos del proceso comunicativo: la fuente y el destino, que se entrelazan o se hacen comunes en el momento en que el mensaje emitido por la primer es captado por el segundo. Esto significa que, para cifrar o descifrar un mensaje se parte de un cúmulo de experiencias de información sobre algo, y mientras más cercanos o comunes serán los campos de

experiencia del comunicador y el perceptor, más eficaz será la comunicación”.

Así pues, como pudo apreciarse el presente reportaje está dividido en 5 partes, cada una de ellas es un reportaje autónomo, autosuficiente para la comprensión y explicación de su tópico tratado. Con las cinco partes se integra un gran reportaje basado principalmente en los testimonios obtenidos a raíz del seguimiento e investigación del tema central, respetando lo más posible un orden cronológico en los acontecimientos, por lo que fue necesario asistir durante varias ocasiones a GRUPO RETO y sus sesiones con mastectomizadas, que se reúnen cada martes a las 11:00, para poder integrar de forma coherente los testimonios aquí presentados. También fue muy aleccionador “pasearse” por los algunos hospitales Oncológicos del Distrito Federal (Hospital General de la Ciudad de México, Instituto Nacional de Cancerología y Hospital de Oncología del Centro Médico Nacional Siglo XXI) para observar de forma objetiva el ambiente y reacciones de los implicados en este reportaje.

Asimismo, se recopilaron folletos y notas informativas, los cuales representan parte de la información que en la actualidad se posee para la prevención y manejo del cáncer mamario.

En la primera parte del trabajo, ***“Más que una palabra complicada....La mastectomía”*** se da a conocer el motivo desencadenante de la crisis que sufre una mujer, el cáncer mamario y su tratamiento. Aquí, los especialistas en el tema proporcionan los datos que serán valiosas guías para comprender el qué, desde cuando y el cómo de la mastectomía.

“Primeras señales de alarma....El cáncer está presente”, es el título de la segunda parte, en donde se narra la experiencia de las mujeres mastectomizadas y sus familias en el doloroso, sorpresivo y desagradable, según sus propias palabras, descubrimiento del cáncer mamario.

“Tras la Cirugía”, es la tercera parte de este reportaje y es puerta de entrada para comprender que sienten y piensan las mastectomizadas sobre su decisión de operarse, los resultados obtenidos y los agotantes tratamientos que le siguen.

“¿Y ahora qué?, el duelo” conforma la cuarta parte y da voz al eje de esta investigación, al reflejar los sentimientos que se desatan en el seno familiar en el

enfrentamiento de las consecuencias del cambio de "imagen externa versus sentimiento interno".

"Vivir como antes" constituye el cierre de este reportaje y es el epílogo donde se presenta la entrevista con Doña Emma Torres Tovar. Dado que en la metodología y estructura del reportaje no puede existir una conclusión porque la misma invalidaría el afán meramente expositivo de dicho género, de acuerdo con Eduardo Ulibarri en su obra mencionada: "Debemos evitar opinar o calificar". Esta última parte del reportaje representa un resumen del camino que muchas mastectomizadas deben andar para "ganarle" la batalla al cáncer y continuar con sus vidas.

Por último y en torno a que los objetivos de esta investigación son informar y prevenir las consecuencias del cáncer mamario y la mastectomía en la familia mexicana, se anexan documentos que buscan resaltar la cultura de la prevención, como los son: "factores de riesgo para el cáncer mamario", "La mamografía", "Esquema de autoexploración mamaria", etc.

CAPITULO 1. MÁS QUE UNA PALABRA COMPLICADA, LA MASTECTOMÍA

1.1 No sólo es un término médico,

1.1.1 Cáncer, la palabra innombrable

El inicio del difícil camino de una paciente con cáncer, es el enfrentamiento con la palabra en sí. El cáncer es innombrable en la sociedad mexicana, un tema tabú, al cual se le rehuye porque representa más que una enfermedad, su mención remonta a una muerte dolorosa y larga, a la propia, la figura de la muerte con su hoz sobre el hombro parece gozar del suplicio de cada enfermo. Sin embargo para el común de la gente, ese cruel castigo está muy lejos de sus vidas, tal vez algún familiar lo haya padecido, pero a ellos no, el cáncer no les toca.

En la actualidad es frecuente escuchar “si he de morir me que mejor sea dormido, sin sufrir”, porque el cáncer no sólo es visto como sinónimo de muerte, el sufrimiento va como un duro agregado.

Para Carlos Cobo Medina autor del libro *Los tópicos de la Muerte*, publicado en Internet en la dirección www.iespana.es/La-Muerte-Humana/antologia.htm:

“...Para cada hombre hay una sola muerte verdadera, la suya propia, su morir único. Pero hay muchas Muertes. Muchas formas de ver, de sentir, de pensar, de creer, de crear, de "vivir" la Muerte...”.

Para una persona que vive su vida con la cotidianeidad surgida de la rutina del “*día a día*”, esa palabra significa mucho más que una enfermedad, como detalla Aída Suárez: “Cuando supe que tenía cáncer fue como sentir un “*mazazo*” en la cabeza, negué la palabra, me dieron todos los miedos del mundo, sentí mucha impotencia, apenas pude pensar ¿por qué a mí?, se que muchas personas lo tienen, pero ¡¿por qué a mí?!, en aquel entonces tenía 57 años, sentí que mi vida la partieron en cachitos y que iban hacer lo mismo con mi cuerpo, antes me sentía más allá de todo, sé que tenía esperanzas de vivir, pero me estaba costando mucho trabajo comprender que era lo que tenía, pero sobre todo el porqué”.

¿Qué es el cáncer?, esta pregunta ronda a todo paciente oncológico (aquel que padece algún tipo de cáncer) y su familia, el desconocimiento provoca aún más miedo.

De acuerdo a la **Nacional Cancer Institute** de Estados Unidos (NCI por sus siglas en inglés), en la página de internet www.cancerstop.net, en su informe *El Tratamiento del Cáncer Mamario*, define al cáncer como:

“La enfermedad ocasionada por células del organismo que pierden sus mecanismos normales de control y presentan un crecimiento desordenado. Estas células pueden desarrollarse a partir de cualquier tejido y órgano. A medida que las células cancerosas crecen y se multiplican, forman una masa de tejido que puede invadir órganos adyacentes (metástasis) y propagarse así por el cuerpo. Las células de cáncer se desarrollan a partir de células normales por un proceso llamado "transformación". El primer paso en este proceso es la "iniciación", en el cual un cambio en el material genético de la célula la prepara para transformarse en cancerosa. Este cambio puede ser ocasionado por un *agente carcinógeno* (químicos, un virus, radiación, luz solar, etc.). No todas las células son igualmente susceptibles a estos agentes, pero una alteración genética o el efecto de algún otro agente, conocido como *promotor*, puede aumentar la posibilidad de las células para convertirse en cancerosas. El paso siguiente es la "promoción", donde una célula que ha iniciado su cambio se convierte en cancerosa (la promoción no tiene efecto sobre las células que no han pasado por el proceso de iniciación). De esta forma, diversos factores, como la combinación de una célula susceptible y de un carcinógeno, son necesarios para iniciar la enfermedad”.

Como se aprecia, el cáncer no es en sí mismo una sola enfermedad, en realidad existen diversos tipos distintos de cáncer. Para saber de cuál de ellos se trata, la **NCI** en el diccionario disponible en www.cancerstop.net, lo clasifica y denomina según el tipo de tejido en el cual se desarrolla:

“Dependiendo del tejido, el cáncer se comporta de distinta manera, sin embargo, la mayoría corresponden a alguno de los siguientes grupos:

Carcinoma: Es el grupo más amplio de tumores cancerosos y abarca del 80 al 90% de todos los casos. Este tipo de cáncer se desarrolla a partir de las células que cubren el cuerpo (piel) y que constituyen y recubren los órganos internos. La mayoría de los carcinomas afectan a un órgano que secreta algo, como el tejido de la mama o el pulmón.

Sarcoma: Se produce en el tejido conectivo del cuerpo, el cual incluye huesos, tendones, cartílagos, grasa, músculos y vasos sanguíneos.

Linfoma: Se desarrolla a partir de células de glándulas linfáticas del sistema inmunológico.

Leucemia: Se desarrolla en la médula ósea y puede extenderse a otras partes del cuerpo, incluyendo los ganglios linfáticos”.

1.1.2 En el seno también, cáncer de mama.

Si hablamos del cáncer de seno (mama), las puertas se cierran para muchas mujeres. Primero porque no saben qué es y si van a tener esperanza de vida. El Doctor Roberto Mendoza, adscrito al Centro Médico Nacional Siglo XXI del IMSS, ubicado en Av. Cuauhtémoc No. 330, col. Doctores, señala que al cáncer de mama lo podemos definir como “Un tumor maligno que aparece en cualquier parte de la glándula mamaria, es una enfermedad en la cual se encuentran células cancerosas (malignas) en los tejidos del seno”.

Según el Dr. Juan Montero Ruiz, especialista en el tema, en su obra *Historia del Tratamiento del Cáncer de Mama*, publicada en www.uninet.edu, define al seno como:

“...La mama es una glándula especialmente preparada para la producción y secreción de la leche con finalidad nutricia para las crías. Sin embargo, si la función única de la mama femenina fuera la lactancia, como sucede en el resto de mamíferos, sus enfermedades tendrían sin duda mucha menos trascendencia de la que tienen. En la mujer, el hecho de que la mama sea un órgano permanente y no sólo evidente durante la lactancia, nos muestra ya la posibilidad de que ejerza otras funciones. Representa mucho más que un órgano maternal, la mama cuando se *humaniza* se convierte en seno”.

En tanto, la **Sociedad Argentina de Estudios Oncológicos** señala, en su página en internet www.lalcec.rs.com.ar/Mamas.htm:

“En el seno se pueden diferenciar 3 partes:

Primero se encuentra la envoltura cutánea, formada por el pezón, el cual suele estar hacia afuera, pero en algunas mujeres puede estar retraído sin que esto signifique alguna anormalidad; a éste lo rodea la areola, que es la zona más pigmentada de la mama y está formada por fibras musculares y glándulas sebáceas, muy desarrolladas que son las responsables de las elevaciones que aparecen en ella. Más internamente está la glándula mamaria en sí, la que es conformada por un número variable de lobulillos (entre 10 y 20 y son los encargados de producir la leche materna) que desembocan en la base del pezón. También existe una cubierta célula - adiposa, la

cual está formada por tejido graso que da consistencia a la mama y determina, junto al volumen de la porción glandular su el tamaño definitivo: (ver figura 1)

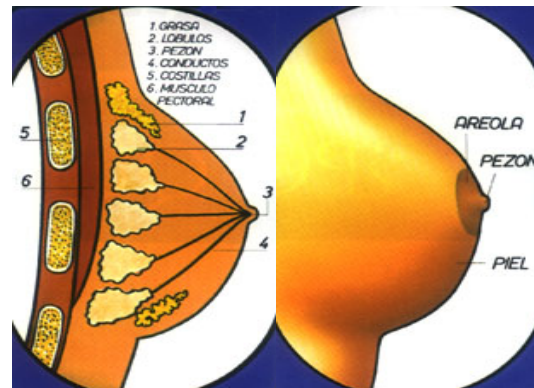


Fig. 1 corte transversal de un seno

Durante la pubertad comienza la producción hormonal femenina de estrógenos y progesterona, que son las causantes del desarrollo de los senos que se empieza a observar en este momento de la vida. En la menstruación, los niveles hormonales aumentan con el consiguiente crecimiento de los lóbulos que se traduce en la palpación de pequeños nódulos (o bolitas) y en un aumento del tamaño y sensibilidad mamaria.

Cuando la mujer está embarazada, el flujo hormonal es máximo, los senos aumentan de tamaño por la ramificación del sistema de conductos y el desarrollo de los lobulillos secretores. Sin embargo, hasta después del parto no se producirá leche materna como tal, porque sólo en ese momento empezará a actuar la hormona encargada de que la secreción se lleve a cabo. (ver figura 2)

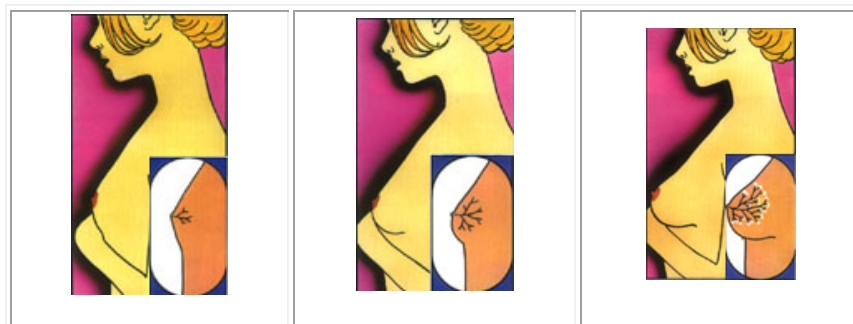


Fig. 2 Descripción del desarrollo de los senos durante el embarazo

A este órgano tan vital, tan efímero y tan bellamente funcional, el cáncer puede afectarlo de distintas maneras. La **NCI**, en su página en internet <http://cancer.gov/publications>, explica que existen 3 tipos de cáncer de mama:

1. El cáncer intraductal, el tipo de cáncer más común del seno, se encuentra en las células de los conductos.
2. El cáncer lobular, cáncer que se origina en los lóbulos o lobulillos y es el tipo de cáncer que con más frecuencia afecta a los dos senos.
3. El cáncer inflamatorio del seno es un tipo de cáncer poco común. En esta enfermedad, el seno se observa cálido, enrojecido e hinchado

Por su parte, el Dr. Hernando Miranda Hernández, Jefe de la Unidad de Tumores Mamarios del Hospital General, ubicado en Dr. Balmis no. 148 col. Doctores, detalla: “Existe lo que se le denomina diagnóstico de extensión, el cual indica el estado de como el tumor de mama se ha extendido dentro de ella, a los tejidos cercanos y a otros órganos. Y es uno de los factores más importantes a considerar para seleccionar el tratamiento. Se emplean distintos sistemas para la determinación del estadio (etapa de crecimiento y desarrollo de una tumoración). En uno de los tumores más comunes se examinan tres aspectos del cáncer:

- 1.- Tamaño del tumor.
- 2.- Si el cáncer se ha diseminado a los ganglios linfáticos.
- 3.- Si se observa diseminación a otros órganos del cuerpo por medio de la sangre (metástasis). “

A este respecto la **NCI** en el sitio, www.cancernet.nci.nih.gov, detalla las distintas etapas del cáncer de mama:

ETAPAS DEL CÁNCER DE MAMA	
ETAPA 0 Cáncer de Mama no invasivo	0A) Carcinoma ductal in situ (DCIS por sus siglas en inglés): Las células cancerosas están localizadas dentro de un ducto y no existe invasión del tejido aledaño.
	0B) Carcinoma lobular in situ (LCIS por sus siglas en inglés): La células malignas crecen dentro de las glándulas productoras de leche y aún no penetran a través de las paredes de dicho lóbulo.
ETAPA I	IA) El tumor mide menos de 2 centímetros de diámetro. No se ha extendido fuera del seno.
ETAPA II	IIA) El tumor mide más de 2 centímetros de diámetro y puede haberse diseminado hacia los ganglios linfáticos o mide entre 2 y 5 centímetros, pero no se ha diseminado a los ganglios linfáticos axilares.
	IIB) El tumor mide entre 2 y 5 centímetros y se ha diseminado a los ganglios linfáticos axilares. El Cáncer mide más de 5 centímetros (más de 2 pulgadas) pero no se ha diseminado a los ganglios linfáticos axilares.
ETAPA III	IIIA): Tumor o tumores que miden más de 5 centímetros de diámetro y/o han diseminado hacia los ganglios linfáticos y que están unidos entre sí o a otras estructuras. O bien, el tumor mide menos de 5 centímetros y se ha diseminado a los ganglios linfáticos axilares y/o a los ganglios linfáticos uniéndolos entre sí o a otras estructuras.
	IIIB): Tumor de cualquier tamaño que se ha extendido a la piel, a la pared torácica (a las costillas y los músculos del tórax) o a los ganglios linfáticos mamarios internos (localizados debajo de la mama o en el tórax). O bien, el tumor se ha diseminado a los ganglios linfáticos dentro de la pared torácica cerca del esternón.
ETAPA IV	El cáncer se ha diseminado a otros órganos del cuerpo, con mayor frecuencia a los huesos, los pulmones, el hígado o el cerebro; o el tumor se ha diseminado localmente a la piel y a los ganglios linfáticos dentro del cuello, cerca de la clavícula.

El doctor Miranda puntualiza: “El obtener esta información es vital para planificar el tratamiento a seguir posterior a la cirugía y por supuesto, una vez que el médico confirma la existencia de un cáncer de la mama es importante determinar la extensión para que una vez determinada la etapa de la enfermedad, se realice el tratamiento adecuado. Sin

embargo, las probabilidades de curación no son tan altas en etapas más avanzadas; aun así, con los tratamientos actuales, existen mayores posibilidades de supervivencia”

1.2 Más que una mutilación, la mastectomía

1.2.1 Historia de una mutilación

Es importante conocer la historia del tratamiento para el cáncer mamario, a través de la extirpación de esta glándula, para comprender el porqué y el como se ha llegado a este tipo de prácticas para curar a una paciente, tal y como lo describe el Doctor Montero en su obra *Historia del Tratamiento del Cáncer Mamario* (cáncer en el seno):

“...La mama (o seno) representa fecundidad, ya en las Venus prehistóricas, representa el origen del universo en el mito de la Vía Láctea. Simboliza feminidad, belleza y erotismo.

Es importante destacar que para la mujer, el seno es primordialmente un órgano estético "para sí misma" antes que "para los demás". Pero también puede simbolizar sufrimiento por las enfermedades que en él pueden asentarse:

Existe un primer gran capítulo relacionado con la lactancia que no sólo incluye las diversas formas y posturas para realizarlo en diferentes razas y culturas sino también las formas de aumentar o abolir la secreción láctea, la sustitución de la leche materna, el diagnóstico y tratamiento de las mastitis, etc. Sin embargo, la mayor abundancia de documentos pertenece al cáncer de mama; existen datos que permiten asegurar que ya lo padecían los egipcios, los etruscos y los primeros pobladores del Perú.

El archivo médico más remoto proviene del Antiguo Egipto, en donde se han encontrado varios papiros y dentro de los 6 principales, uno de los que más información contienen en lo que a enfermedades de la mama se refiere, es el Papiro de Edwing Smith, encontrado en Tebas (hoy Karnak y Luxor) en 1862.

Data de unos 1600 años A.C., y en cuanto a la mama se refiere habla de abscesos, traumatismos y heridas infectadas; siendo el nº 45, tal vez el registro más antiguo y está titulado como INSTRUCCIONES EN TORNO A TUMORES SOBRE LAS MAMAS, e informa de que una mama con una tumoración caliente al tacto, es un caso que no tiene tratamiento. Normalmente éste se limitaba a los dos únicos métodos disponibles por entonces, quemar la lesión con fuego o extirparla mediante instrumentos cortantes.

A pesar de lo primitivo de estos métodos, permanecieron vigentes por más de 2,000 años, ya que debió transcurrir todo este tiempo para encontrar la primera innovación en el tratamiento del cáncer mamario.

Durante la Grecia Clásica (450-136 A.C.), fue Herodoto, antes de Hipócrates, quien describe el caso de la princesa Atossa, que tenía un tumor mamario que ocultó durante algún tiempo por pudor hasta que se ulceró y Demócedes se lo curó. Más tarde,

Hipócrates habla de Karquinos o Karquinoma, que lo relaciona con el cese de la menstruación y dice que no debe tratarse porque acelera la muerte y no sólo son de buen pronóstico los que curan con medicinas. Describe un caso de una mujer con un tumor y con hemorragia por pezón, que murió cuando dicha hemorragia cesó. Asoció al cáncer con la detención de la menstruación, también definió con claridad que los casos con cáncer mamario profundo era mejor no intervenirlos ya que su tratamiento conducía a la muerte, mientras que la omisión del mismo permitía una vida más prolongada. Por desgracia no dejó ningún documento donde se recomendara el tratamiento quirúrgico apropiado.

En el período Greco-romano (150-500 D.C.) Leonides, médico del 1er siglo D.C, es considerado como el primero que efectuó una extirpación quirúrgica del seno y lo hacía mediante una incisión de piel en la zona sana de la misma, luego iba aplicando el cauterio para cohibir la hemorragia, todo ello lo continuaba repitiendo hasta la extirpación completa. Posteriormente Aurelius Cornelius Celsus, (300 años A.C) habla de una forma precoz "Cacoethes" que es el único que puede operarse; si no se trata pasa a cáncer no ulcerado tributario de tratamiento médico con purgas, sangrías y aplicaciones locales, el que a su vez pasa al ulcerado para el que el tratamiento quirúrgico da mal resultado. Enciclopedista y no médico, detalla en su tratado la primera descripción médica del cáncer, mencionando la mama como uno de los lugares de localización de una hinchazón irregular con zonas duras y blandas, dilataciones y "tortuosidades" venosas, con o sin ulceración y así mismo delimita cuatro estadios clínicos: Malignidad, aparentemente simple o precoz, cáncer sin úlcera, cáncer ulcerado y cáncer ulcerado con excrecencias y fácil sangrado. Es de resaltar, que con los romanos la cirugía y obstetricia alcanzaron un alto nivel, no superado hasta el Renacimiento.

Tras Hipócrates el principal médico fue Galeno (131-201 D. C.), quien describió el cáncer de mama como una hinchazón con dilatación venosa parecida a la forma de las patas de un cangrejo, no menciona las metástasis o el proceso por el que acaecía la muerte, creía que se producía un acumulo de bilis negra y consideraba aconsejable para prevenirlo la práctica de purgas y sangrías. Afirmaba que para que el proceso fuera curable, debía encontrarse en estadios iniciales en los que la cirugía podía extirpar el tumor y todas sus ramificaciones, consideraba éstas ramificaciones no como parte del tumor sino como venas dilatadas llenas de bilis malsana, "*Al extirpar el tumor mediante una incisión circular, el cirujano debía ser consciente del peligro de hemorragia profusa por los grandes vasos*", por otra parte, aconsejaba permitir cierto grado de sangrado para permitir salir la sangre oscura, así como estrujar los vasos para vaciarlos del resto de sangre. Actualmente se considera que el período antiguo finaliza con los escritos de Galeno.

En el Medioevo, permaneció vigente la medicina hipocrática apoyada por las ideas de Galeno y así lo fue hasta la llegada del Renacimiento. En esta época la medicina se conservó en los monasterios. De entonces viene la costumbre de la Iglesia de invocar a uno o más santos para cada enfermedad, siendo Santa Ágata la Patrona de las Enfermedades Mamarias, ya que a mitad del siglo III fue martirizada en Sicilia siéndole arrancadas las mamas con unas grandes tijeras de hierro por su oposición al gobernador Quintiliano. El médico Rhazes (860-932), indicaba la escisión quirúrgica del cáncer mamario, sólo si permitía ser extirpado en su totalidad y si se podía cauterizar la herida. Avicena (980-1037), conocido como el Príncipe de los Médicos, fue autor del CANON, que permaneció vigente durante siglos en el cual se recomendaba una dieta de leche y la escisión con cauterio. Raimundo Lulio en el siglo XIII cuando descubrió el cáncer de mama de su enamorada Ambrosia de Castello, tuvo tal horror y sentido de piedad que renunció a su cargo de gobernador en Baleares y se hizo eremita. En esa época en España se denominaba al cáncer de mama “ZARATAN”, término proveniente del árabe *saratan* (cangrejo).

En el Renacimiento, Andrés Vesalio, (1514-1564), se convirtió en un gran especialista en disección y uno de los primeros en romper con la tradición de Galeno. Aplicó sus conocimientos a la cirugía efectuando amplias escisiones mamarias, utilizando las ligaduras en vez del cauterio. Por otra parte, Ambrose Pare, (1510-1590), llegó a ser el cirujano de cuatro reyes de Francia. Afirmaba que los cánceres superficiales debían ser escindidos (cortados), pero se oponía a los horrores de las grandes mutilaciones de mama, empleaba ligaduras en vez de utilizar el cauterio o el aceite hirviendo y usaba placas de plomo con las que comprimía la lesión para disminuir su aporte sanguíneo y así retrasar su crecimiento. Johannes Scultetus (1595-1645), escribió su famoso libro ARMAMENTARIUM CHIRURGICUM, él practicaba la intervención mediante grandes ligaduras con enormes agujas traspasando la mama, así podía hacer tracción antes de utilizar el bisturí, posteriormente hacia hemostasia (contención de hemorragia) mediante cauterización. Gerard Tabor, en su tesis sobre Un Nuevo Método de Extirpación del Cáncer de Mama, publicado en 1721, describe un instrumento parecido a una guillotina que simplificaba la intervención.

Durante la Revolución Industrial, se separaron los oficios de barbero y cirujano, lo que coadyuvó a un estudio más profundo y serio del tratamiento. John Hunter, por ejemplo, desarrolla la cirugía experimental y la patología quirúrgica y Henri Fracois Le Dran (1685-1770), consideraba que en estadios iniciales era un proceso local, empeorándose su pronóstico cuando aparecía la diseminación linfática, esto tenía la importancia de contradecir la teoría humoral de Galeno que venía perdurando durante 1000 años y que aun permanecería por otros 200.

La mastectomía radical aparece por primera vez con Jean Louis Petit (1674-1758), quien era partidario de la amputación de la mama, con extirpación del pectoral y disección axilar.

A lo largo del siglo XIX, se produjeron dos grandes contribuciones a la cirugía mamaria, la primera fue la introducción de la anestesia, en 1846, por William Morton y la segunda fue la introducción de los principios de la antisepsia, por Joseph Lister en 1867. Charles Moore (1821-1879), enunció dos principios: “El tumor nunca debe ser escindido, sino extirpado por completo y las recidivas (reaparición de la enfermedad) se producen por diseminación centrífuga desde el tumor primario y no por origen independiente”, como hasta entonces se creía; después hacía dos conclusiones importantes: “El cáncer de mama ha de ser tratado con extirpación completa del órgano y la mastectomía debe ser completa incluso en el borde esternal”.

William Steward Halsted (1852-1922), fue el primero que se apoyó en un fundamento científico y finalmente desarrolló la técnica que sería utilizada durante 100 años y puede que aún dure. Se basaba en una amplia escisión de piel, extirpación del pectoral mayor, disección axilar y extirpación en bloque de todos los tejidos, con un amplio margen.

En los inicios del siglo XX, la técnica de Halsted era el método básico de tratamiento de los cánceres operables y ha permanecido así durante más de 80 años, no obstante, otros métodos se han ido incorporando como radioterapia, quimioterapia y hormonoterapia. Fue sólo tras la Primera Guerra Mundial cuando se empieza a cuestionar la mastectomía radical en todas las pacientes.

Un paso importante fue el de Baclesse, Francia, en 1960, que propuso que la tumorectomía seguida de radioterapia en Etapas 1 y 2 era tan buena como la técnica clásica.

En el Hospital Middlesex de Londres, Patey y Dison publican un trabajo en el British Journal of Cancer, haciendo un sumario del tratamiento del cáncer de mama en ese momento e introducen la nueva técnica de la mastectomía radical modificada.

1.2.2 Formas de mutilar o salvar, tipos de cirugías

En la actualidad existen distintos tipos de cirugía para la extirpación de un tumor mamario, entre ellas la que detalla el Dr. José Antonio Alberro Adúriz, en su obra titulada: *Tratamiento quirúrgico del cáncer de mama: mastectomía. Indicaciones, técnicas y complicaciones. Tratamiento conservador en el cáncer de mama*, publicada en: www.uninet.edu, y la denomina como "cirugía conservadora", la cual consiste en quitar una pequeña parte de tejido mamario. En tanto, la **National Cancer Institute** en su informe sobre el tratamiento del cáncer de mama, publicado en www.cancernet.nci.nih.gov, indica que bajo el apelativo de cirugía conservadora existen tres cirugías distintas:

"

La mayoría de los pacientes con cáncer del seno se someten a una cirugía con el fin de extraerlo, sin embargo existen procedimientos que permiten conservar el seno

1. **Tumorectomía o tlectomía.** Se trata de la extirpación simple del tumor si este es menor a 1 cm.
2. **Segmentectomía o mastectomía segmentaria.** Consiste en la extirpación de un "segmento" mamario, incluyendo el tumor. Es comúnmente utilizada en casos de un tumor localizado en la areola. Posteriormente por "tatuaje" o técnicas de cirugía plástica, se logra una aceptable y natural imagen de la areola y el pezón.
3. **Cuadrantectomía.** Esta técnica quirúrgica tiene como finalidad extirpar el "cuadrante" mamario en el que se encuentra el tumor. Su indicación está reservada para tumores no mayores de 2 a 3 cm".

Sin embargo, existen casos en donde ya no es posible conservar el seno, y este tipo de cirugías "conservadoras" ya no son posibles.

Es en estos momentos, en los que el médico debe, de forma clara y con la sensibilidad necesaria, plantear a la mujer una vida sin su seno, tiene que dar la noticia a la paciente y a su familia sobre el trueque a realizar: la extirpación total del seno y en ocasiones de parte de tejido axilar, a cambio de la vida.

Andrea Jiménez, en cambio, tiene una experiencia totalmente distinta: "Por desgracia hay médicos que no son nada buenos para decir este tipo de diagnósticos, de primera instancia, nos dicen que nos vamos a morir y en vez de mandarnos tratamiento, nos mandan a la Clínica del Dolor".

El doctor Ricardo Ramos Solís, adscrito al Hospital 1ro. de Octubre, perteneciente al ISSSTE y especialista en el tema detalla: "En mi caso, no utilizo la palabra cáncer frente a una paciente, primero porque el cáncer no es un solo padecimiento y por el impacto que causa; cuando tengo que darle la noticia por lo general trato de que no esté sola en su diagnóstico y posterior tratamiento, que en la mayoría de los casos es una mastectomía total, trato de que esté un familiar presente, la reacción de la paciente es frecuentemente una evasión de la realidad. Incluso, comienza a gestarse un odio hacia el médico, por lo que es importante plantearle esta cirugía como 'su realidad' y también como la única esperanza de vida que tiene".

La **National Cancer Institute**, en su sitio www.cancernet.gov, señala así este procedimiento:

"En aquellos casos con tumores voluminosos y otras circunstancias especiales, será necesario proceder a la "**mastectomía radical**", que consiste en la extirpación de todo el seno. Algunas veces también se extraen ganglios linfáticos axilares.

Existen a su vez dos tipos de cirugía:

1. **La mastectomía radical modificada**, que consiste en la extracción del seno, varios de los ganglios linfáticos axilares, el recubrimiento de los músculos del tórax, y algunas veces, parte de los músculos de la pared torácica. Ésta es la operación más común para el cáncer del seno.
2. **La mastectomía radical** (también llamada mastectomía radical de Halsted) consiste en la extracción del seno, los músculos del tórax y todos los ganglios linfáticos axilares. Ésta fue la operación que más se usó durante varios años, pero en la actualidad sólo se emplea cuando el tumor se ha diseminado a los músculos del tórax.

Dado que el pronóstico de las pacientes está significativamente relacionado con el número de ganglios linfáticos metastáticos (con diseminación de células malignas), es fundamental obtener por lo menos una cifra superior a 10 ganglios para cuantificar ese pronóstico".

Josefina Andrade comentó su experiencia ante la noticia: "**Me sentí como en una plaza de toros, 'me eché a correr frente al toro'**, después comprendí que no era lo mejor, que nos '*tumba*' esa actitud".

1.3 Índice de afectación del cáncer de mama en México.

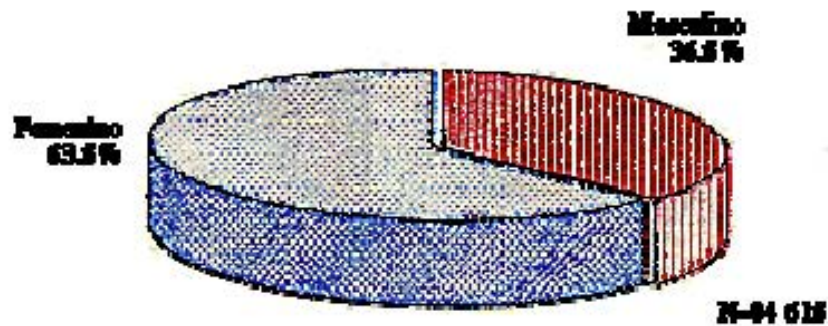
Por su causa, 9 mujeres mueren diariamente en México conforme a las estadísticas del **INEGI**, (Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática) en su informe sobre Salud y Seguridad Social de 1997. El cáncer representa en la actualidad uno de los principales problemas de salud pública, el cáncer de mamario (localizado en el seno) es el segundo más frecuente después de cáncer cervicouterino (localizado en la matriz).

La Dr. Guadalupe Cervantes Sánchez, Jefa de Oncología Médica del Centro Médico Nacional 20 de noviembre del ISSSTE, señala en el documento *Cáncer de Mama y su Problemática Mundial*, publicado en el sitio www.cancerenmexico.org.mx: “El cáncer de mama representa un serio problema de salud en el ámbito mundial, en el 2000 se diagnosticaron un millón de casos en el mundo. En nuestro país las mujeres somos las primeras estrellas en frecuencia del cáncer, ya que portamos el 65% de todos ellos, desafortunadamente es aún el cáncer de la matriz lo que más mata a la mujer, digo desafortunadamente porque es el único que se previene fácilmente al realizarse el Papanicolau rutinariamente: el segundo sitio lo ocupa el cáncer de mama con el 16.7 % con 9,496 casos diagnosticados y 3,405 fallecimientos de acuerdo al último registro histopatológico del cáncer de 1998, un aspecto importante de comentar es que casi el 40 % de los cánceres de mama, se presentan entre los 40 y 54 años de edad, lo que implica que son mujeres en edad reproductiva y muy especialmente productiva lo que con lleva problemas sociales importantes”.

De cuerdo con el Dr. Gilberto Solorza Luna, Jefe del Departamento de Ginecología Oncológica del Instituto Nacional de Cancerología, ubicado en Av. San Fernando No. 22, Tlalpan, en el documento *“El Cáncer en la Mujer”*, publicado en www.cancerenmexico.org.mx: “El cáncer de mama tiene relación con la constitución física de la mujer ya que la mayor disponibilidad de tejido graso mamario aumenta el riesgo de formación de este tumor. En nuestro país los tumores más frecuentes afectan al sexo femenino; así, la relación de incidencia es de 2 a 1, es decir, de la población en general, por cada dos mujeres con cáncer sólo un hombre padece esta enfermedad. Del total de casos de cáncer, el 63.5% son del sexo femenino y 35.3% del masculino. Al igual que todas las neoplasias (cáncer), el buen éxito de los tratamientos está unido a un diagnóstico a tiempo; es decir, cuando la enfermedad es potencialmente curable e incluso conservando el órgano (el seno), que es fundamental para la calidad de vida de la mujer,

tal es el caso de lesiones menores de 2 cm., que son 100% curables y se puede conservar el órgano. El cáncer es un padecimiento que exige del médico no sólo el conocimiento de la misma, sino un criterio y juicio bien fundamentados para el eficaz tratamiento del mismo”.

Distribución de casos de neoplasias por sexo México 1996



FUENTE: Registro Histopatológico de Neoplasias en México, 1983-1996 D-CE-SEA.

1.4 Factores de riesgo para el cáncer de mama.

A este respecto la doctora Guadalupe Cervantes Sánchez en su artículo "El cáncer y sus causas", localizado en el sitio www.cancerenmexico.org.mx, afirma:

“Actualmente existe una gran cantidad de factores que pueden ocasionar el cáncer, y es importante el conocimiento de cuáles son, para tomar medidas de prevención y/o diagnóstico temprano. Las causas del cáncer son múltiples; destacaré las más conocidas. Dividiremos estos factores en intrínsecos (propios del ser humano) y extrínsecos (lo que le rodea):

1) Factores intrínsecos: Se sabe que por lo menos 10% de los tumores malignos y algunas lesiones precancerosas son causados por nuestros genes, y que algunos de éstos se heredan fuertemente destacando: cáncer de mama (especial cuidado si el antecedente es en mujer joven), cáncer de colon, retinoblastoma (cáncer infantil del ojo) y cáncer de ovario. Es importante que si algún familiar padece o padeció alguno de estos tumores, se debe estar concientes de que existe mayor riesgo de padecerlo y, por lo tanto, deben someterse a revisiones más frecuentes

2) Factores extrínsecos: Existen en gran cantidad agentes productores de cáncer, o cancerígenos, que son causales de un gran porcentaje de los cánceres más frecuentes, entre ellos mencionaremos los siguientes:

- **Dieta:** Los alimentos ricos en grasa de origen animal y el comer poca fibra, son factores que se relacionan también con el cáncer de colon y mama.
- **Obesidad:** Se relaciona con lo anterior, especialmente si la obesidad se adquiere en la menopausia, ya que a partir de esa grasa se producen estrógenos relacionados con el cáncer mamario y de endometrio.
- **Hormonas y Exógenas:** (Medicamentos). Habitualmente se administran para disminuir los síntomas producidos por la menopausia; estos medicamentos deben estar indicados por un médico especialista y administrados con gran cautela, valorando adecuadamente los factores de riesgo de cada paciente tanto para la prevención de enfermedades propiciadas por la menopausia, (osteoporosis/cardiovasculares) como por los factores de riesgo de cáncer, especialmente de mama y de endometrio, es recomendable que antes de la administración de estas hormonas se practique una mastografía.
- **Sustancias Químicas:** Existen miles de sustancias químicas que pueden propiciar cáncer, pero hoy sólo mencionaré el tabaco y sus productos, como

causa del 80% de cáncer de pulmón; y su fuerte relación con el cáncer de vejiga, pleura, cavidad oral, laringe, esófago, páncreas, estómago, hígado e incluso cuello de la matriz. Además, sin olvidar que no sólo el que fuma tiene el riesgo, sino también los que conviven con él o ella (fumador pasivo).

- **Virus:** En México los virus del papiloma humano son reconocidos como causantes del cáncer del cuello de la matriz y su transmisión sexual, por lo que las portadoras de este virus deberán tener seguimientos y tratamiento; igual indicación debe seguir su pareja.
- **Radiaciones:** Las radiaciones ionizantes son producidas por varias fuentes; como ejemplo tenemos la bomba atómica lanzada en Hiroshima y luego otra en Nagasaki, o accidentes nucleares como el ocurrido en Chernobil, traen consigo leucemias y cáncer mamario. Muy de moda está el asolearse para lucir una piel bronceada, y es un hecho que la radiación ultravioleta en exceso puede ocasionar cáncer de piel, particularmente uno muy agresivo, como es el melanoma. Por otro lado, día a día se incrementa la frecuencia de cáncer en personas jóvenes en edad productiva y reproductiva, lo que ocasiona mayores problemas de tipo socioeconómico en nuestro país.

No obstante, lo más importante del conocimiento de estos factores causales es el saber evitarlos, con objeto de prevenirlos sin que ello represente una obsesión de vivir en una burbuja, ya que en su mayoría los tumores malignos no tienen relación con nuestro estilo de vida, por lo que aún no teniendo ninguna predisposición genética, no fumemos, hagamos deporte y comamos saludablemente, estamos en riesgo de tener un cáncer, sin embargo, nuestra obligación es evitar estos factores de riesgo y realizar la autoexploración, tanto los hombres como las mujeres, y acudir a revisiones periódicas con un médico experto”.

CAPITULO 2. PRIMERAS SEÑALES DE ALARMA, EL CÁNCER ESTÁ PRESENTE

2.1. La duda, Mitos relacionados con el cáncer de mama

Hay pocos momentos en la vida de una mujer como la duda que genera la posibilidad de padecer cáncer mamario, ese titubeo ante el propio cuerpo, ese no ver lo que existe y lo que puede o no ser. La ansiedad, la expectación y el temor se conjugan y transfiguran en una bolita, una mancha o un pezón refugiado en su areola.

En ocasiones un dolor, a veces, súbito e intenso. En casa, una fatiga inexplicable, un mareo sin importancia, pero que se repite y al principio el estrés es el primer culpable. Pero ese "bultito" o esa mancha, no desaparecen.

En ocasiones, se hace mentalmente el diagnóstico el que suele ser "tengo cáncer y voy a morir"; la opinión de familiares, amigos o conocidos resuena en la mente antes que los médicos den su última palabra.

El cáncer es tan sólo una palabra escuchada en algún comercial o anuncio, tal vez en alguna campaña de prevención, algo completamente alejado de nuestro cuerpo. Sólo, tal vez, en la mente, se agolpan uno a uno esos recuerdos de algún familiar o conocido con cáncer, se espera, aguardando que el seno vuelva a tomar su forma original, mirando por debajo del brazo, en la axila, que esos bultitos desaparezcan, que esas manchas indoloras y esos "chicharitos" no existan; tal vez deseando que con ese sólo deseo, todo quede arreglado.

"Años atrás pude ayudar a una amiga con cáncer de mama, lo mejor que pude, claro. Nunca pensé que tendría que pasar por algo ni remotamente parecido", así inicia el testimonio de Julia Serrano, mujer de cincuenta y cinco años, alta, de piel blanca, grandes ojos color aceituna y boca de fácil sonrisa. Su complexión robusta y su conocimiento de la cocina delata su buen comer. Su hablar, a los ojos, es ágil, hace imaginar que esta charla, en donde narra el descubrimiento de su enfermedad, la ha tenido siempre y aún así es también nueva para ella: **"Me practicaba el autoexamen, mastografías, ultrasonidos y exámenes clínicos como lo recomiendan para una mujer de mi edad; iba al ginecólogo y él me mandaba todo, aunque siempre salía normal. Fue después de mi último examen general que sentí esa 'bolita', fue algo muy repentino, de 'sorpresa', como es que después de tantos años empezaba con estos problemas"**.

Alma Suárez es delgada, bajita, morena, no mayor de 40 años, tiene una boca fina, casi como sus ojos. Se sienta en la orilla de la silla, con las piernas muy juntas como si en

cualquier momento fuera a hincarse, está tensa, angustiada y encorvada, sus manos sujetas entre sí tienen, de tan apretadas, los nudillos blancos. Su cabeza también ve al piso, sus ojos están fijos, sabe lo que es que el temor del cáncer se transfigure en una “bolita sin importancia”, en un detalle que puede esperar: **“Poco después de cumplir 38 años descubrí que tenía una ‘bolita’, en mi axila, muy cerca del pecho izquierdo, pensé que era una bola de grasa, la verdad estaba yo pasando por un ‘drama’ con mi pareja y no me preocupé demasiado, por azares del destino, mi hermana se enteró de esa ‘bolita’ y me insistió a ir con el médico, pero yo no quise, para qué, si sólo era una ‘bolita’ que me estorbaba para depilarme, me tardé casi un año para ir”**

También se puede dar el caso de que “ese problema”, sea pasado completamente por alto evitando a la mujer el sufrimiento de la incertidumbre, como lo comenta Julia Alarcón: **“Mi cáncer avanzó lentamente al principio, tan lento que pensé que sólo eran achaques propios de la edad”**

Como se observa, el cáncer no es una prioridad en la vida de una mujer, existen otras actividades como la casa, la escuela, la pareja o los hijos, que en distinto orden de prioridad ocupan su vida, pero su cuerpo y su salud no están en la lista. Por desgracia, el cáncer no respeta sexo, edad o posición social, puede ocurrirle a cualquiera, es por esto que existen distintas señales de alarma que la mujer debe tomar en cuenta para detectar cualquier anomalía en sus senos, la información proporcionada por el sitio web www.saludhygeia.com, las detalla:

“Durante el examen de los senos es necesario observar si se presenta uno o varios de los siguientes signos:

1. Salida de algún líquido a través del pezón.
2. Cambios en la apariencia física, textura o color del seno.
3. Secreción crónica de un líquido sanguinolento por el pezón.
4. Cambios en el contorno y simetría de los senos.
5. Tensión o picazón en alguno de los senos, aun después del ciclo menstrual.
6. Hoyuelos o hendiduras en la piel de alguno de los senos.
7. Presencia de una masa o abultamiento.
8. Endurecimiento o hundimiento del pezón.
9. Aumento de venas bajo la piel. ”

En cuanto al mito, él es la contraparte de la realidad, la negación de ella, se puede afirmar que el proceso de negación de la enfermedad inicia con la mitificación de la misma.

La concesión de credibilidad, asignada a los mitos, es un sinónimo de resistencia a la verdad. La negación, tardanza o desidia a la realización de los exámenes que comprueben ese presentimiento, se traslada a la aceptación del mito como única posibilidad viable.

Aún teniendo los síntomas de la enfermedad, se recurren a los familiares y amigos, surgen los mitos, esas soluciones y respuestas no se hacen esperar, esa primera mano amiga se convierte en una fuente de información invaluable, pero en la gran mayoría de los casos, no del todo correcta.

De acuerdo al Instituto Nacional de Oncología de Argentina, en su página de Internet [/www.oncologia.org.ar/guia1-3.htm](http://www.oncologia.org.ar/guia1-3.htm), afirma que, como en ninguna otra enfermedad, el cáncer es un recoveco de mitos:

“La lactancia previene el cáncer”. Si bien la lactancia parece tener un pequeño efecto protector, la mayoría de las mujeres que contraen cáncer de mama han amamantado. Los beneficios de la lactancia tienen relación con la salud del bebé y de la relación entre madre e hijo.

“Me enfermé por un disgusto”. Los estudios que buscaron encontrar relación entre el estrés y la producción de cáncer no han encontrado respuestas definitivas. La incidencia de situaciones dolorosas (pérdida de seres queridos, del trabajo, separaciones, problemas en las relaciones con los hijos), tiene más que ver con la época de la vida que con la producción del cáncer.

“No necesito hacerme una mamografía porque me siento bien”. Todas las mujeres que tienen nódulos mamarios se sienten bien, independientemente del origen de éstos. No es razonable esperar que la enfermedad afecte el estado general para buscarla.

“Si no me duele no es nada malo”. El cáncer en sus primeras etapas es indoloro, cuando se presentan molestias por lo general se encuentra en etapa terminal.

“Una punción puede despertar el cáncer.” Las punciones mamarias son procedimientos ampliamente probados, nunca se ha encontrado que diseminen o produzcan un cáncer.

“Actividad sexual y cáncer de mama”. No se ha encontrado relación entre la actividad sexual de una mujer y la aparición de cáncer de mama. ”

También ha circulado, vía correo electrónico, una cadena de “advertencia” dirigida a todas las mujeres que usan desodorantes y antitranspirantes:

“..La principal causa del cáncer de seno es el uso de antitranspirantes, Si **antitranspirantes.**

La mayoría de los productos en el mercado son una combinación de antitranspirantes y desodorantes.....Los desodorantes están bien, los antitranspirantes no. La concentración de toxinas en el cuerpo humano tienen solo algunas áreas por donde desalojar toxinas....como las axilas...al evitar la transpiración las toxinas se depositan en las glándulas linfáticas que se encuentran debajo de los brazos. La mayoría de los tumores cancerígenos del seno ocurren en esta área de la mama...las mujeres que se aplican antitranspirantes enseguida, después de afeitarse incrementan el riesgoPasen esta información a todas las personas que conozcan podrían salvar vidas...”.

A este respecto, la **American Society of Clinical Oncology** y la **Food and Drug Administration** (FDA por sus siglas en inglés) en sus páginas de internet www.asco.org y www.fda.gov, respectivamente, afirman que no existe evidencia de correlación entre el uso de estos productos y la incidencia de cáncer de mama.

Hay otro mito que trastoca la imagen de la función primaria del seno, la lactancia vs. secreciones extrañas, para el cual la **National Action Plan on Breast Cancer** (Plan Nacional de Acción en Cáncer de Mama) de Estados Unidos, en su sitio en internet www.napbc.org, señala:

“**En caso de existir secreción del pezón** y es gris/verde/café claro, en algunas mujeres es parte de la vida normal y también muchas no hablan de ello. Esta secreción puede ser en una variedad de colores, y en muchos casos ocurre bilateral (en las dos mamas). Es importante saber que al apretar el pezón estimula a que la secreción ocurra. La cantidad de secreción que la mujer tenga es usualmente muy poca, y puede pasar en cualquier tiempo durante su ciclo menstrual. La regla general es que casi todos los síntomas de las mamas, cuando están presentes en los dos lados al mismo tiempo, representan un cambio en el ciclo hormonal y no son considerados a ser relacionados con cáncer. Las señales que a veces pueden ser problemas incluyen secreción que es persistente (sin apretar el pezón), espontáneamente y en una mama solamente. Una secreción sanguinolenta del pezón es también un importante síntoma que debe de ser evaluado por un médico.”

También hay otro tipo de creencias como las de tipo religioso, tal y como lo detalla Silvia Ramírez: “Le grité a Dios que no existía, ¿Por qué dejaba que me pasara esto?!, si tengo cáncer entonces Dios no existe. Grité, esperaba un milagro sintiéndome más humillada por la espera. Llegué a pedir ayuda a una iglesia, pero el padre me dijo que **era una pecadora y por eso me pasaban “esas cosas”**, sobra decir que ya no voy a misa, ni a la iglesia, ni nada.”

Sin embargo, existe un mito más, tal vez el más arraigado de todos, el que es el culpable de que muchas mujeres aplacen el mayor tiempo posible la visita con un especialista, al que como creencia se le da valor de verdad, ese mito que representa uno de los mayores temores de todo ser humano:

“El cáncer mata”. Según información proporcionado por el Dr. Roberto Mendoza, adscrito al Centro Médico Nacional Siglo XXI, **“Cuando el cáncer se detecta de manera oportuna, puede tratarse con radioterapia o quimioterapia, es decir, con la prescripción de medicamentos y la exposición a radiaciones es posible obtener buenos resultados”**.

También lo confirma Carlos Cobo Medina en su obra *Ars Moriendi, Vivir hasta el final*, publicado en www.iespana.es/La-Muerte-Humana/antologia2b.htm, en donde detalla:

“Los especialistas tienen una visión optimista en el desarrollo de la Oncología (*Diario médico*, 7 de abril de 1999). Consideran que, en los últimos ocho o diez años, son tales los avances en esta materia (en particular, desde el punto de vista de los conocimientos en Patología Molecular y en Genética) que puede augurarse que el panorama será completamente distinto al actual en otros diez años más”.

2.2. La confirmación

Análisis, al principio, todo normal, o casi normal. Se prescriben más exámenes; la amenaza, la incertidumbre, los síntomas continúan, surge la sospecha.

Se afinan las exploraciones. Resonancia magnética, punción, biopsia....

El método de diagnóstico más comúnmente utilizado en la actualidad para este tipo de padecimientos, es la llamada "punción", tal y como lo detalla la **National Action Plan on Breast Cancer** (Plan Nacional de Acción en Cáncer de Mama) de Estados, en su sitio en internet www.napbc.org,

"...La mayoría de los nódulos u otros cambios de la mama no son cáncer. No obstante, para estar seguro, el médico debe realizarse una biopsia para estudiarlo al microscopio. Una biopsia de la mama es una cirugía menor, durante la cual el cirujano extrae parte o la totalidad del tejido en cuestión. La muestra obtenida es enviada al laboratorio para estudiarla bajo el microscopio y determinar si existe en ella un tumor. La biopsia es el único camino para conocer con seguridad si el cambio en el tejido mamario es benigno (no cáncer) o maligno (cáncer)

La elección del tipo de biopsia que se le practicará depende de varios factores: tamaño y localización del tumor o área sospechosa, y de su estado general:

- Punción con aguja fina. Se utiliza una jeringa y una aguja común para inyecciones intramusculares para punzar la masa sospechosa. Si se trata de un quiste, la aspiración del líquido resolverá el problema.
- Biopsia excisional. Es la remoción de todo el tumor o área sospechosa. Es el procedimiento realizado más a menudo, es llamado también tumorectomía.
- Biopsia incisional. Remueve una pequeña parte del tumor, suficiente para que el patólogo (especialista en el estudio y detección de enfermedades) pueda hacer diagnóstico. Se utiliza en general en tumores muy grandes.
- Biopsia radio-quirúrgica o biopsia con localización mamográfica. Se utiliza cuando una lesión se ve en la mamografía y no puede ser localizada por la palpación. En este procedimiento, el médico radiólogo utiliza la mamografía como guía para colocar una aguja cercana al tumor o área sospechosa no palpable. A través de la aguja deja una marca (en general carbón inactivo) o un fino alambre en forma de arpón. Estos elementos guían al cirujano para llegar a la lesión y extirparla durante la operación.

Los últimos tres procedimientos se hacen en el quirófano, por ello se denominan biopsias quirúrgicas. El procesamiento de las muestras puede ser en uno o dos tiempos.

En caso de la biopsia en un tiempo, se procede a completar el tratamiento quirúrgico inmediatamente después de la biopsia.

En la segunda opción, de dos tiempos, la biopsia se hace primero y si se confirma el diagnóstico de cáncer, el tratamiento quirúrgico se realizará posteriormente en un lapso aproximado de una semana.

Una vez establecido el diagnóstico, se procede a una serie de exploraciones que se detallan a continuación:

- Analítica: Un hemograma completo (HC) determina si la sangre de la paciente tiene el número y la proporción adecuados de las distintas células de la sangre.
- Receptores hormonales (ER/PR): La determinación de los receptores hormonales ayuda a elegir el tratamiento. Si las células del cáncer de mama carecen de estos receptores, los científicos las califican de "receptores de estrógenos-negativos (ER-negativo) o receptores de progesterona-negativos (PR-negativos), o simplemente, receptores hormonales-negativos. Sin embargo, si ER y PR son positivos, las células del Cáncer responderán probablemente al tratamiento hormonal.
- Valoración del HER-2/neu: Es el nombre de un gen que produce un tipo de receptor que ayuda al crecimiento celular. Las células del cáncer de mama con muchos receptores HER-2/neu, tienden a ser excepcionalmente rápidas en su crecimiento.
- Fase S (porcentaje de células tumorales en división):. La fracción de células del Cáncer en Fase S (FSF), es el porcentaje de células que están replicando su ADN. Una FSF baja, indica un tumor que se está dividiendo lentamente, en cambio una FSF alta, muestra que las células lo hacen con rapidez.

De su empleo coordinado emergen las mayores probabilidades para diagnosticar precozmente el cáncer de mama..."

El sitio de Internet <http://www.aventispharma.com.ve/Mamas.htm>, recomienda la punción porque:

1. El resultado de la biopsia es informado en pocos días, y podemos obtener una información completa sobre la muestra del tejido.
2. Es posible determinar la extensión de la enfermedad (etapa), si es localizado en la mama o está diseminado a otras partes del organismo. En general, los tumores menores de dos centímetros no presentan diseminación en el momento del diagnóstico.

3. Nos da tiempo para decidir cuál tratamiento es realmente el mejor.
4. Permite considerar, si es necesario, una mastectomía radical acompañada de la reconstrucción de la mama inmediatamente o una mastectomía conservadora con vaciamiento de los ganglios de la axila.

El momento de recibir el diagnóstico ha llegado, no es un momento fácil para la paciente ni para el médico, no es cuestión de descanso, reposo y medicamento, como lo reconoce el doctor Hernando Miranda, quien señala: “El problema del cáncer de mama consiste en que para tratarlo adecuadamente, se debe explicar a detalle a la paciente para que comprenda el qué y el por qué de su tratamiento. No se puede llevar a cabo nada sin que la paciente lo note, los tratamientos son muy agresivos, por lo que tenemos que decirle qué tiene, en dónde y qué vamos a hacer. No hay gente tan ignorante como para no decir nada ante la situación de mastectomía, quitarle un seno a alguien forzosamente implica explicar el porqué.

Ya sea total o conservadora, actualmente muchas mujeres ya comprenden de que se les está hablando, hoy en día existe una cultura médica que está mejorando poco a poco, aún no alcanzamos los niveles de otros países en donde la paciente te pide bibliografía y se atreve a rebatirte el tratamiento, lo cuestiona, te exigen determinados tratamientos y entonces tu tienes que exponerle a esa paciente el porque tiene que perder todo el seno. Hay muchos casos contrarios, en donde pueden conservar algo del seno pero desean que se les retire todo, en esos casos luchamos por conservarles el pecho, pero ellas no quieren pues temen que en lo que les quede “surja” nuevamente el cáncer.

Durante 30 años he manejado cáncer de mama y sin embargo no hay mejor curso que la vida para dar el diagnóstico de cáncer a una paciente. Cada vez aprendo más, a veces creo que soy brusco, otras que no supe explicarme, a veces pido perdón, es muy difícil, ni los psicólogos tienen la capacidad para interactuar de una manera fácil con la palabra cáncer, la cual implica muchos estigmas.

Pero con el tiempo uno se convierte en maestro de los jóvenes, uno va educando, sin embargo, no es lo mismo cuando tienes una enferma con cáncer avanzado, de un pueblo, ‘de pueblitos de la sierra’ de Veracruz o de Oaxaca, que ya vienen desahuciadas, pero le decimos a su familia: ‘es preferible que te la lleves viva a que te las lleves muerta’, ‘te sale más barata la operación y el boleto de autobús, que transportar a un muerto’, en este país arrastrar a un muerto cuesta mucho dinero, ‘es muy difícil’”.

Sin embargo, existen médicos que no pueden, o no quieren, utilizar la palabra Cáncer en sus diagnósticos, como lo afirma el doctor Ricardo Ramos Solís, adscrito al Hospital 1° de Octubre del ISSSTE: “No puedo utilizar la palabra cáncer de primera instancia con una paciente, para que el paciente reciba el diagnóstico de la forma menos traumática posible, la familia me sirve de entrada para explicarles qué tiene y qué sigue. Hablo primero con ellos y si me autorizan a darle el diagnóstico a la paciente, lo hago, pero en muchos casos prefieren darle, directamente y en privado, la noticia a su familiar porque creen que pueden manejarlo mejor. También he tenido casos en donde la paciente nunca se entera de que está enferma, los familiares tratan de evitarle una pena, pues en la mayoría de esos casos se trata de pacientes de edad avanzada a los que la familia ya no desea que se le de tratamiento, únicamente se les brinda apoyo en términos del control del dolor, presente en etapas terminales.

Cuando supero la etapa de la familia hablo con la paciente y le explico que vamos a hacer para curarla. Hay que llegar al hecho de describirle que para curarla será necesario quitarle un seno y que además es posible que se someta a otro tipo de tratamientos (radioterapia o quimioterapia), se debe manejar este asunto como si se le hablará a un niño, se le dice directamente lo que voy a hacer, no le doy una clase completa sobre cáncer a menos que el ‘cliente’ lo pida. Si al decirle que le voy a practicar una cirugía para extirpar el tumor que tiene y que además comprometerá su seno, ella no me dice nada, entonces yo no le voy a hablar de cosas técnicas o a darle explicaciones científicas porque muchas pacientes no lo llegan a comprender, pues aún están con el ‘susto’ de la noticia. He optado por el “si me preguntas te contesto, si no me preguntas, me espero a que digieras la noticia y entonces si te aclaro todo.

En caso de que ella llegará a utilizar la palabra cáncer, yo le pregunto que entiende por cáncer, si no me sabe decir, entonces le explico, para llamarle a su enfermedad como realmente es, porque el cáncer no es realmente un diagnóstico, es un grupo de enfermedades, entonces tú no puedes decirle a un paciente ‘tienes cáncer de mama’, tenemos que decirle: ‘tienes un tumor mamario etapa tal, ese el tuyo’, yo no utilizó la palabra como tal, porque la palabra abarca mucho como para ponerle un rótulo a un paciente y que hay que recalcar que cuando la mujer recibe su diagnóstico, por inercia se deja ‘llevar’, esa es la palabra, se dejan llevar a donde el doctor y el sistema de salud dispongan”.

Se enciende la luz roja, el anuncio del fatal diagnóstico a la mujer y a su familia tiene el efecto de un disparo, con inmediatas reacciones intensísimas de dolor anímico.

Bloqueo, desesperación, culpa, cólera, incredulidad, perplejidad, tal y como el doctor Juan Carlos Mendoza responsable del Departamento de Psiquiatría del Hospital de Oncología del Centro Médico Siglo XXI perteneciente al IMSS y coordinador de los grupos de Autoayuda de ese Hospital, explica:

“La mastectomía se realiza porque existe una amenaza de muerte, esa es nuestra primera amenaza, y hablar de un cáncer es hablar de un contexto psicológico, mágico y cultural, que dependerá de cada paciente, del enfoque en que lo vea. Desde que se le da el diagnóstico a la paciente hay una reacción de ansiedad y depresión muy importantes ante el cáncer. Sin embargo, lo primero que debemos entender es que la paciente debe vencer ese miedo, esa resistencia hacia la enfermedad y aceptar el tratamiento, porque tiene que considerar ‘me quitan un seno, pero sigo con vida’, ya no puede imaginarse siquiera que conserve seno y su vida al mismo tiempo, tiene cáncer y pensar en que nada pasa es un error”.

Los días siguientes son muy duros de vivir, o de sobrevivir, se oscila entre la angustia y la pena, entre el pánico y la depresión, teniendo al mismo tiempo que procurar esconder estos sentimientos al mundo.

Algunas integrantes del **GRUPO RETO**, ubicado en Benjamín Franklin 61-D, col. Condesa en la Ciudad de México, platican esta experiencia:

Luisa Pantoja, pequeña, delgada, de tez morena, cabello no del todo cano, pues aún se adivina su color castaño, platicadora incansable, tiene ya 70 años ‘bien vividos’ como dice ella, sus hijos ya son gente hecha y derecha, con sus propias vidas. Ahora puede hacer sus cosas, vive sola. Su hijo Roberto, el mayor, está sentado a su lado, luce como un ejecutivo fuera de lugar, no atina a mirar con firmeza, antes bien, sólo puede ver las manos de su madre, que no se detienen mientras aquella habla. Roberto calla, sólo mueve la cabeza para afirmar lo que su madre dice, la silla no es cómoda, su mirada sólo puede estar en las manos de ella. Con el tiempo, la soledad fue demasiada, hace 5 años cuando le detectaron que tenía cáncer sólo atinó a quedarse callada: “En el centro médico me dijeron ¿por qué hasta ahora?, iba yo solita y mi médico me pidió que para la siguiente visita me acompañara un familiar. Pero ¡¿Cómo?!, si la soberbia mía es mucha, además ya a estas alturas no quiero molestar a mis hijos. Tuve que ser acompañada por mi hija, con ella a un lado me dijeron que me tenían que operar, yo lo le dije a Dios ¿Qué hice tan mal que me vas a llevar?, en ese momento para mí, el cáncer era la muerte”.

Karla Treviño, es una mujer joven, no más de 40 años y aún no puede dejar de llorar cuando habla sobre esto: “Al principio de esta ‘odisea’, primero me hicieron la biopsia,

después me dijeron que era cáncer, quise no despertar, ¿para qué?, después me lo quitaron”.

Silvia Ramírez comenta: “Tengo 38 años y siempre me practicaba el Papanicolau y el autoexamen, en el ‘99 me sentí una *‘bolita’*, el médico me mandó una biopsia pero como no fue suficiente la muestra me hizo otra, resultó ser cáncer. Me enojé porque me decía que había el 98.8 % de probabilidad y en las hojas no decía cáncer. Era mi ginecólogo, él me recomendó y me llevó con un oncólogo ese mismo día, estaban en el mismo edificio, mi médico tomó el expediente y cuando llegó con el otro doctor él me dijo que sí, que era cáncer, que me tenían que quitar todo el seno y además *‘rasparme’* la axila”.

Beatriz López de 70 años en cambio, está interesada en todos los comentarios y su mirada se posa sobre su bolsa, parece buscar un papel, saca sus lentes se los pone y pide la palabra, este asunto lo tomó más bien con calma: “A mí me trataron muy bien en el Hospital Juárez, el médico me lo dijo y me explicó lo mejor que pudo, junto a mí estaba una enfermera y una psicóloga. La psicóloga me dijo que no me quedara con dudas, que todo iba a salir bien”.

A María García no la dejaron regresar a su casa, después de la primera visita, por suerte estaba acompañada y tenía el presentimiento desde antes: “Me revisé en marzo de hace un año, tenía una *‘bolita’*, pero me dije *‘después de vacaciones vas al médico’*, no quería recibir malas noticias en esas fechas, regresando fui al ginecólogo, él me mandó al oncólogo, me hicieron una biopsia y me dijeron que en 15 minutos me iban a dar los resultados, como se tardaron sospeché, varios doctores me trajeron los resultados y me dijeron que me tenía que quedar.”

También hay quien, por su complexión física, no detecta a tiempo un cambio importante en sus senos, tal como Hilda Correa comenta: “Empecé con una *‘bolita pequeña’*, pero me creció rápido, como soy algo *‘gordita’* no me dí cuenta que casi media 14 centímetros”.

Sin embargo, existen mujeres como Julia Alarcón, quienes si se autoexaminan, pero al no acudir al médico para una revisión general y no poseer la información correcta pierden valioso tiempo: “Me revisaba cada mes mis pechos, nada estaba fuera de su lugar, pero me ví una *‘bolita’*, era pequeña y blanda así que no me preocupe ni le dije a nadie, pero cuando por fin la *‘bolita’* resultó demasiado dura para tratarse de hormonas alborotadas, era demasiado tarde”.

2.3. Consultas, consultas y más consultas

El temor más real de todos, la muerte, se ha hecho realidad bajo la máscara de un cáncer. Lo imposible sucede, la muerte existe. La incertidumbre de la verdad se hace presente, se desea un error en los resultados, se buscan nuevas opiniones.

Se pregunta a los más allegados direcciones y nombres de médicos “confiables”; el deseo de un “auténtico” resultado es el motor de esa búsqueda interminable.

La familia se mueve, surgen esos nombres, se arremolinan en casa las visitas de buena fe con testimonios de esperanza. El teléfono está ocupado, se buscan cita para el nuevo médico, se reciben llamadas de recomendaciones.

Se desconfía de todos, “son seres humanos, pueden equivocarse”, los resultados “dudosos”, pasan de mano en mano, todos son confirmados, el cáncer y la mastectomía son inevitables.

A este respecto Luisa Pantoja comenta: “Busqué yo sola a más doctores, todos me confirmaron el diagnóstico, pero como yo soy muy terca le mentí al doctor para no ir a cirugía, le dije que no me iba a llevar al ‘matadero’. El doctor es muy buena persona, me dio ‘cita libre’ para cirugía.”

Julia Serrano también tuvo una experiencia similar: “Después de mi último examen general, sentí esa ‘bolita’, le comenté a mi doctor, él me dijo que no me preocupara, que eran ‘bolitas hormonales’; cambié de doctor, ese ‘tipo’ no sabía nada, como iba a ser hormonal si ya tenía rato con la menopausia, me hice más estudios. Todos confirmaban “cáncer infiltrante”, no conocía más que una de esas palabras, cáncer, los recuerdos de mi amiga, fallecida tras mucho dolor por ese problema, no me acobardaron.

Hay pacientes que buscan esas consultas no para obtener un nuevo y mejor diagnóstico, el dinero está en juego, la salud cuesta y la búsqueda de un servicio médico más barato es la prioridad.

Lo anterior lo confirma Casilda Jiménez Casarena, trabajadora social adscrita al Hospital General de México: “Lo primero que nos dicen cuando les van a hacer una cirugía es ¿Cuánto cuesta?, porque creen que es muy cara, que va a acostar miles y no, la más cara oscila entre los \$250 a \$350 pesos, e incluye la hospitalización, medicamentos y la propia cirugía. La más barata es de \$125 pesos. Algunos ya llegan con el diagnóstico y utilizan el servicio de cirugía del Hospital General porque es muy económico, pero aún así muchas tardan entre 15 días y un mes para reunir la cantidad, le piden a sus familiares, venden sus cosas o empeñan algo, porque el médico también les

dice que necesitan continuar con tratamiento preventivo, como la radioterapia y la quimioterapia”.

2.3.1 ¿Quién acompaña a quién?

Es frecuente ver en los consultorios pediátricos a los niños enfermos con sus padres y hermanos; en los consultorios generales cuando el hombre se enferma hasta los hijos van, pero no ocurre lo mismo cuando una mujer se enferma. El hombre va en calidad de chofer y los hijos no aparecen.

A lo anterior se añade la declaración del doctor Ricardo Ramos Solís: “En mi experiencia he visto que es más habitual que las mujeres se acompañen entre sí, en realidad hay pocos hombres apoyando a sus parejas, se puede decir que esto es el resultado de nuestra idiosincrasia, en donde los hombre aparentan estar muy ocupados y se alejan de estos problemas, lo que se ve es que atrás de un enfermo siempre hay una mujer, atrás de una enferma no siempre hay un hombre”.

En este sentido la trabajadora social Casilda Jiménez Casarena comenta: “A la paciente la acompaña su familiar, su reacción es de apoyo, le dicen que no llore, pero para algunas es demasiado fuerte la noticia. Ellos también se deprimen y posteriormente cambia el patrón de acompañante, las primeras consultas la acompaña el esposo, después ya no, incluso algunas mienten y dice que no tienen familia. Como se les obliga a traer a algún acompañante, para que las ayude cuando salen de las quimio y las radio, las acompañan hermanas, hijas sobre todo o hasta amigas, pocas veces cuñadas y menos aún los esposos o los hijos”

2.3.2. Cuando el hombre no es tan hombre

Es muy común afirmar que las mujeres son el sexo débil de la creación, que están para servir y obedecer, que sin los hombres no son nada, pero ¿no es en la adversidad que el ser humano demuestra su verdadera naturaleza?.

En este sentido el doctor Ricardo Ramos Solís, afirma: “La mujer tiene una cualidad que el hombre no, ella tiene su mente en otro lado, en los hijos, en el esposo o en su casa, eso la lleva a un nivel de resignación que le permite aceptar su tratamiento, algo que el

hombre no haría. El hombre con poquito se derrumba, él no maneja con el estoicismo, que las mujeres tienen, este tipo de diagnósticos”.

En cambio Dolores Corral, trabajadora social adscrita al Hospital General de México señala: “Lo que hemos detectados es que algunas de ellas son abandonadas por sus maridos, no solo por el tratamiento, las dejan pues la propia mujer se concibe como un cuerpo, su pareja ya no la acepta, otros no soportan verlas enfermas. Tal vez la mastectomía detona problemas que ya tenían”.

2.4. Reacciones

Como una avalancha la reacción de la familia y de la afectada crece, unos se unen y otros se separan, unos callan, lloran y se paralizan. Cada ser humano es distinto, enfrentar el cáncer del ser querido siempre es doloroso.

2.4.1. De la paciente

Tras un diagnóstico, las reacciones son muy variadas, pero en todas se conjugan la incredulidad y el miedo, es en ese momento en que el médico debe brindar todo el apoyo posible, pues de lo que él diga en esos minutos de consulta será determinante para que la mujer se realice o no la mastectomía.

A este respecto el Dr. Hernando Miranda Hernández, explica: “La primera reacción de la paciente es hacia un conflicto emocional, pues la palabra cáncer representa muchos problemas, pero eso cambio en el momento en que se le dice “tiene un posible cáncer en el pecho, tal grado, tal tipo y tienes una oportunidad de curarte”, y es que hay que explicarle a la paciente que tiene y cuales tratamiento se le recomienda. Cual es su oportunidad de vida.

Hay pacientes que te pueden odiar en ese momento, pero cuando pasa el tiempo son capaces de confesarte: ‘Doctor, yo lo odié por lo que me dijo, pero ahora que han pasado x número de años y estoy viva, le agradezco y le quiero porque me dijo la verdad, tenía esperanzas en mi recuperación y estoy sana’.

Por eso no perdemos la oportunidad de explicarle a la paciente que tiene y que puede, si sigue los tratamientos, seguir adelante”.

Mientras que, el Dr. Ricardo Ramos Solís, señala: “Cuando tengo el diagnóstico de una paciente su primera reacción, en la gran mayoría de los casos, es de luto y de tristeza, la paciente suele deprimirse; cuando se le da la noticia al paciente, sobre su enfermedad y la cirugía que debe practicársele, es frecuente que llegue a odiar a su doctor. Aunque no es un odio abierto, porque le llevan a uno botellas, galletas, nos regalan cosas mientras están en tratamiento. Es una afecto hipócrita, lo hacen mientras tu lo vas a atender.

Concretamente, una de las primeras reacciones que tiene la paciente ante la noticia de su enfermedad es la culpa, ‘yo tengo la culpa’ o ‘alguien es el culpable’. En el mejor de los casos se busca no un culpable, sino una razón, pero en la mayoría de las ocasiones es más fácil explicar su problema en base a un culpable, que es denominado ‘causa’.

Una de las primeras preguntas que me hacen mis pacientes es el ‘¿por qué?’, buscan hallar un culpable y es cuando el médico debe ser lo más claro posible”.

Uno de los apoyos más importantes que recibe una mujer dentro de los hospitales es la proporcionada por el departamento de Trabajo Social, pues en ocasiones el médico es demasiado frío o brusco al dar su diagnóstico y cuando pasan a este departamento pueden desahogar su rabia, miedo o frustración, tal y como la trabajadora social Casilda Jiménez Casarena, enfatiza: “Con nosotras vienen a veces a pensar con más calma sobre su enfermedad, pero por lo general empiezan a llorar, se deprimen mucho; si el médico la ve muy mal la manda al departamento de Psicología para que le ayuden a resolver el problema. Pero hay que tomar en cuenta que a muchas no es el Cáncer en sí lo que las deprime, sino la idea de perder su busto”.

Cuando se recibe la noticia de un cáncer mamario y de una mastectomía, en **GRUPO RETO**, durante las sesiones de autoapoyo, se realiza una recomendación, válida para cualquier tipo de padecimiento y de suma importancia, ya que a través de la comprensión del tratamiento se pueda llegar a su aceptación: “Uno de los derechos de la paciente es conocer y poder preguntar sobre su enfermedad. Es comprensible que en ocasiones el doctor se llegue a desesperar por nuestras preguntas, pero ese no es un factor para que no las conteste. Se debe asumir que necesitamos comprensión por parte del médico, ‘yo no sé que tengo, él si”. Hay algo de suma importancia en juego, además de la vida, y eso es la confianza, sí confías en él como médico, continúa tu tratamiento con él, pero tampoco tenemos porque aguantarlo pues algunos son inseguros y se creen parte de Dios y si se les cuestiona llegan a sentirse agredidos”.

Asistentes al **GRUPO RETO** compartieron sus experiencias tras recibir la noticia de su tratamiento, la mastectomía:

Cuando Alicia Méndez se enteró que estaba enferma, lloró con ganas de despertar: “Las palabras que me regresaron a la realidad fueron las de mi recién jubilado esposo: ¡‘Muérete o vete, en mi casa no quiero esas cosas’!. Por supuesto que no me morí, pero las ganas no me faltaron; mis hijos reaccionaron casi igual, su padre pensionado y enfermo era quien a su parecer necesitaba más de ellos, lo que tenía su madre no podía ser tan grave”.

En cambio cuando Elvira Coello se enteró de su enfermedad, le dio mucho coraje: “Me dijeron que tenía cáncer, pasé por las palabras cáncer, metástasis en pulmón y clavícula, mama derecha y axila derecha. De eso hace un año y hasta la fecha ya me sometí a 23 quimioterapias. Pero tanto para nada, en noviembre del año pasado me

detectaron otro tumor en la mama izquierda; ahora sé que no voy a curarme, pero mientras me muero escribo todo lo que pienso y siento, es la única forma que tengo para desahogarme como quiero”.

En ocasiones no se trata de coraje o de odio, la incredulidad es la que marca las acciones durante este periodo, Daniela Jasso así lo explica: “A mí se me hace increíble, aún no me *‘cae el veinte’*, mi primer tumor me lo detectaron en la axila izquierda, me quitaron mi seno. Me cuidaba y me revisaba continuamente, ahora me detectaron otro en el seno derecho, estoy en tratamiento para ver si se salva, era una *‘bola dura’*, llevó 3 meses en tratamiento parece que está respondiendo bien. Hace una semana me hicieron una biopsia, entre el patólogo y el oncólogo estudiaron mi caso, el patólogo recomendó que el médico se esperara, mi bola ya no estaba tan dura. Veo que los doctores están evaluando más tiempo en hacer una mastectomía radical y es mejor en mí caso, porque prefiero quedarme con un cachito aunque sea, pero me parece increíble que una se cuide y a pesar de todo nos de cáncer”.

Quien de plano pensó que ni siquiera podría salir viva del hospital fue Hilda Correa: “Francamente pensé que me iba a morir, estaba en la etapa IV. Hablé con mi médico y con el sacerdote, me sentí mucho más fuerte, pero después estuve con una psicóloga del Hospital Juárez”

Luisa Pantoja también obtuvo más entereza a través de su religión: “Recé por mí y por mis doctores, les dije que ahora que me estaban llevando al matadero le pedía a Dios por mí y por ellos. Recé mucho antes de la cirugía, ellos me dieron las gracias, me dijeron que no habían visto a una paciente que estuviera tan fuerte antes de la operación y eso que mi operación fue en la segunda visita que tuve al hospital”

Sin embargo, hay mujeres que a pesar de todas las explicaciones que el mundo médico pueda ofrecerle o el apoyo psicológico que puedan brindarle, se hacen la incontestable pregunta ¿Por qué?, tal y como Aída murillo lo relata: “Sentí un *‘mazazo’* en la cabeza, Tenía 20 años, sé que tenía esperanzas de vida, pero no podía aceptar que esto me estuviera pasando, aún era muy joven”.

El miedo se transforma en fobias cuando no es correctamente atendido, Beatriz López así lo vivió: “Te vuelves de papel, no quería salir, *‘si me mojo, me enfermo, si me daba frío, me enfermo’*, con decirte que hasta la calle me daba miedo”.

Algunas mujeres piensan que tienen su vida resuelta, son jóvenes, bonitas y tienen una vida de pareja satisfactoria, el cáncer de mama hace aflorar sin duda muchos problemas que no tenían contemplados. A Sofía Vargas le pasó algo parecido: “Mi primer

tumor lo tuve a los 16 años, el segundo a los 23, mi familia no quería que yo me operara, mi mamá no podía creer que yo tuviera cáncer siendo tan chica, no fumaba, era una buena estudiante y hasta trabajaba medio tiempo, era muy difícil creer que estuviera con este problema. Para el segundo tumor, tenía poco tiempo de casada y la familia de mi esposo no se llevaba con la mía, pero a raíz de este problema tuvieron que verse con más frecuencia”.

Samy Álvarez tuvo una experiencia similar en cuanto a la edad, pero su entorno familiar era completamente distinto, lo que provocó, sin quererlo, que su enfermedad avanzara más rápidamente: “Tengo 23 años, en el ‘98 descubrí que mi seno derecho se me hacía como cazuela y como ya no tengo mamá, ella murió siendo muy chicos mis hermanos y yo, vivo con mi papá, pero con él me daba mucha pena, pasaron dos años y hasta el 2000 me atreví a decirle. La doctora que me atendió después me regañó, pero se calmó un poco cuando le confesé que me daba pena con mi papá, ella dijo que no había otro tratamiento posible a esas alturas, sólo estaba la opción de la extirpación total”.

A pesar de todas las recomendaciones de sutileza que se le pueden hacer a los médicos para que puedan dar estos diagnósticos, surgen como espinas los malos galenos, por desgracia Rosa Contreras tuvo que padecer uno: “La doctora me dijo que me desvistiera ‘no es usted la única, hay gente esperando’, tenía miedo, no pude levantar la cabeza, me volvió a pedir que me desvistiera ‘rápido’, me tocó mi pecho y me apretó las bolitas que me habían salido, no quería verle los ojos, me bloqueé, ella se puso a decirme que me tenían que quitar mi busto, me dijo que si tenía alguna duda o si quería llorar, no le respondí y me empecé a vestir, insistió en que si ya no tenía dudas, realmente sólo dije ‘no’. Cuando salí no podía concebir la crueldad de algunas personas, la enfermera me siguió y me pidió que me sentara, me preguntó que sí había entendido las instrucciones, que si ya no tenía dudas, sólo dije ‘tengo miedo’”.

Una experiencia similar la tiene Ángela Ruiz: “Tengo 56 años, soy paciente oncológica (con cáncer). Me detectaron una bolita, tengo miedo porque el médico no me sabe explicar que tengo, este lunes me hacen una biopsia y tengo miedo de lo que vaya a decir el patólogo, pero ya me dijo el doctor que sin falta el martes de esa misma semana me opera; si no fuera nada malo no me operaban tan rápido, pero ¡¿cómo me van a intervenir si apenas me van a ser los exámenes?!, no entiendo que está pasando”.

Además del momento de recibir el diagnóstico, sin duda entrar al quirófano es una experiencia de sentimientos encontrados, la vida por la belleza es un trueque muy doloroso. Julia Mancera comenta al respecto: “Me estaban preparando para entrar al

quirófano y sentí mucho miedo, 'soy un ser humano', recé, me dí cuenta del amor a la vida, a mis hijos, a los míos. A los que dejé llorando y que me recordaron antes de entrar al hospital que tenía que echarle todas las ganas. Sabía que tenía que luchar por mis hijos, por mi madre y por mi esposo y que iba a tener una vida mucho mejor, una vida 'con calidad', una vida sin un seno".

Ese momento, antes de entrar al quirófano aún se puede hacer gala del dominio de la situación, como Concepción Montero platica: "Antes de entrar al quirófano podía imaginarme sana, bailadora y feliz, así que les dije a los médicos '*aguas que entré con dos piernas*', una nunca sabe las '*tarugadas*' que los médicos puedan hacerle, pero aquí estoy ahora, con estas dos piernas y mi seno puedo seguir bailando todavía".

Antes de la cirugía, esos momentos en el hospital en que la mujer aún puede verse y observar su pecho fueron valiosos para María García: "Cuando me bañé en el hospital le decía a mi pecho "ya te vas a ir, vas dejar al otro solito", le hablaba como se le habla a un hijo, con cariño, lo mimé, lavé y sequé con cuidado, era la última vez que lo podía hacer, para mi era muy bonito a pesar de lo '*caído*' y '*flácido*' que lo tenía, a mis 65 años la gravedad y la edad cuentan".

2.4.2. De la familia

Sin duda el cáncer es un problema familiar, no sólo afecta a un individuo, su daño abarca a la familia completa.

Un factor importante para sostener lo anterior es observar quien es el paciente. Ella es la que representa el pilar de la familia en México, la que da vida y cría a los hijos, la que sustituye a la madre en su relación de pareja, la que cohesiona y conforma los valores familiares, la que es la fuerte y aguantadora.

El cáncer es un problema de salud pública, pero más importante es que, hay que considerarlo un detonante de caos dentro de la familia, los papeles se invierten, ahora la mujer demuestra que no es un sexo débil y que puede luchar contra él.

La mujer era considerada, dentro de la familia, la que nunca se enferma y la que siempre estará donde quiera que se le necesite. No sólo hablamos de la madre, pues esta aseveración es válida para toda mujer en esta sociedad, en donde está educada -sin pedirlo- bajo estos parámetros.

Pero ¿qué pasa cuando esta figura intocable se "corrompe"? El Dr. Juan Carlos Mendoza explica: "Hay otra reacción importante y es la del familiar, la paciente se siente

sola, necesita apoyo. Al principio existe una preocupación legítima, más tarde se aburren porque la paciente vuelve a su rutina de servidumbre”.

Hay que tomar en cuenta que las mujeres en estos momentos de crisis sienten que su deber es conservar el equilibrio y no mostrarse débiles o tristes con su familia, tal y como Elvira Mejía relata: “El apoyo que recibo de mi familia es mutuo, ellos me apoyan y yo retribuyo su amor y comprensión sintiéndome mejor, no deprimiéndolos”.

2.4.2.1. La mamá

Existe una persona que protegerá y cuidará sin pedir nada a cambio, su deseo es evitar sufrimiento a los que ama, ese es la motivación de Rebeca, quien es una señora de cincuenta y tantos años, alta, piel blanquísima, ojos negros como su pelo. Se arregla modestamente, pero sus ojos maquillados tratan de ocultar esas ojeras que delatan un mal dormir. Tiene una hija, de 28 años, Brenda, por ahora lo único que le interesa: “Cuando te enteras que tu hija tiene cáncer, se para todo, pero siempre pensé que ella iba a poder con esto, que sólo la iba a retrasar un poco en sus planes pero que al final iba a salir adelante. Brenda, por el momento no asiste aún a ningún grupo de autoayuda. Su problema empezó cuando tenía 25 años, ahora tiene 28. Su psiquiatra le recomendó que por el momento evitara escuchar a otras pacientes, pues tiende a sentir las mismas dolencias que ellas después de escucharlas. Por ejemplo, cuando escuchó que a una mujer el catéter de la quimio le dolió, soñó que ella también tenía uno. Su cáncer era de segunda etapa y ya ha pasado por 25 radiaciones”.

Pero cuando no se vive con la hija, es problema es aún mayor, como Estela Martínez afirma: “Me preocupa que mi hija esté sola, que llore sola, no vivo con ella y se la pasa muy triste todo el día. Mi hija estaba muy grave, la acompañé a sus consultas, le dijeron en el hospital ‘bienvenida, tiene usted cáncer’. Mí hija lloró, ¿qué formas son esas de dar los diagnósticos?, nos explicaron el tratamiento antes y después de la operación. En casa, se perdía, dormía mucho y comía poco, estaba muy deprimida. Le pregunté que qué tenía y ella me respondió: ¿quieres que te diga?, ¡me voy a morir!, eso tengo y de ahí no la sacaba”.

En el caso de Sofía Vargas, su mamá pudo ir a vivir a su casa: “Mi mamá iba conmigo al hospital y después iba a mi casa y me cuidaba, ella fue la que me echó ‘porras’ y ha

estado todo el tiempo conmigo. Mi casa es muy chiquita pero nos acomodamos porque no quería estar sola, ella ha sido un gran apoyo para mí”.

2.4.2.2. Los hijos

Fabiola Ayala por ahora no habla mucho, le deja a su hijo, su apoyo total en estos momentos, la voz cantante. Él explica su sentimiento ante la mastectomía de su madre: “Lo comparo con una ‘castración’, como si a un hombre le fueran a quitar sus órganos genitales, yo le digo que sea fuerte, que se calme, que va a mejorar”.

Luisa Pantoja en cambio, tuvo que exigir la compañía de su hijo. “Al fin llegó un momento dentro de mí en donde ya no podía echarme para atrás. Ya internada, tuve que mandar por mi hijo. ‘díganle que ya fui y vine y él no me viene a ver’. A mis hijas les reclamé: ‘hasta ahora que me llevan al *‘matadero’* me vienen a ver’, a Dios en cambio no, a Él sólo le dije ‘si Tú me dejas, yo me quedo’. Ahora tengo a mi hijo Roberto conmigo para todos lados”.

Sandra Estrada es una de las hijas de Lupita Álvarez, ella optó por hacer un consejo de familia, la enfermedad de su madre merecía el mejor tratamiento: “Mi mamá se cayó en noviembre del año pasado, después notó que un seno se le inflamaba, no nos dijo que había ido al médico hasta marzo, ahí le diagnosticaron cáncer y apenas la operaron en septiembre, entre todos sus hijos, somos 5, le dijimos que se fuera a ver a un médico particular, pensamos que en el Seguro le estaban tardando mucho su operación, ella es muy reservada para sus cosas, entendimos hasta después que lo que ella no quería era que la operaran, el médico le dijo que sólo le iban a quitar el tumor y ahora sólo tiene un seno, está muy deprimida”.

2.4.2.3. La pareja

El doctor Juan Carlos Mendoza explica: “La respuesta ante esta pérdida tiene que ver con la relación de pareja que se tenga, hay quienes le dan muchísima importancia a esto y otras que lo pueden tolerar bastante bien, pues aunque fue una pérdida física no dañó su psique”.

Sin embargo, existen casos tan denigrantes para una mujer como el de Alicia Méndez, abordado con anterioridad (punto 2.4.1) “...Las palabras que la regresaron a la

realidad fueron las de su recién jubilado esposo: ¡'Muérete o vete!, en mi casa no quiero esas cosas'".

Por suerte, o por amor, existen hombres que no se acobardan ante una mastectomía, como es el caso del esposo de Julia Alarcón, Alfonso Zárate, quien siempre estuvo con ella: "Antes la quería, ahora no sólo la amo, la admiro. Cuando se siente triste la abrazo, '*quedito*' para no lastimarla".

Es importante que también ellos reciban la información adecuada, tanto para comprender qué es una mastectomía como para saber como ayudar a su pareja, así lo recalca el esposo de Karla Treviño: "un grave problema para la paciente y su familia, es la desinformación porque cuando sólo sabemos superficialmente del problema nos espantamos, pero cuando nos informamos todos se está en posición de enfrentarlo, al final hay que verlo como un proceso de aceptación y recuperación familiar".

Por desgracia, aún existen los hombres que reaccionan igual con mucha inseguridad y "sus esposas" aún los cuidan como a un hijo más, dejando aún lado su propio dilema, así lo confirma Julia Alarcón: "Mi esposo lloraba como niño '*chiquito*', me tocó la mala suerte de que me programaran para quirófano a las 10 de la mañana y entré a las 11:00, así que se quedó el solito llorando, mis hijos estaban a esa hora en la escuela y no había nadie que pudiera estar con él. Tanto estaba llorando que el camillero que me iba a llevar al quirófano le dijo que no se pusiera así, que se calmara, que me iba a traer de regreso como nueva, procuré que no me viera triste, que me viera sonriente, feliz".

Asimismo, la mastectomía es un detonante de diferencias religiosas, como lo explica Adrián Elizondo. Él y su esposa, Ana Gómez, son una pareja joven, si uno los ve por la calle tomados de la mano podría pensar que como matrimonio tienen aún mucho por vivir, se ven felices. Pero, una observación cercana de ella delata sus ojos tristes y un andar un poco jorobado. No sólo es el cáncer lo que les ha afectado, las creencias religiosas han hecho un poco más duro el apoyo que ella necesita. El señor Elizondo comenta al respecto: "Nos cuesta trabajo creer que lo estamos viviendo, porque no creo que Dios le haya mandado esto, Él solo manda puras cosas buenas, sé que no es el culpable, aún estamos tratando de ponernos de acuerdo en este punto. Yo la apoyo al cien por ciento, siempre tenemos una razón para vivir, por eso le dije: 'hay que quitarse el miedo', nosotros tenemos un gran estímulo en nuestro hijo".

Sin embargo, para Ana, la religión no ha sido un tema tan fácil: "Ya no creo en Dios desde que me dijeron que tenía cáncer. El médico me explicó que tenía que quitar la

cuarta parte, pero me quitó algo más, yo no necesitaba esta enfermedad para sentirme querida”.

2.4.2.4. Los hermanos

Cuando no se tiene una pareja, un hijo o a una mamá para brindar apoyo y comprensión, algunas mujeres acuden al familiar más cercano, aquel a quien le tengan la confianza necesaria para compartir la pena y la tristeza, en el caso de Alicia Méndez, quien fue corrida por su esposo tras dar a conocer su enfermedad, tuvo que pasar por la mastectomía sola. “No estuve tan sola, mi hermana fue quien regresó un poco de normalidad a mi vida, me brindó un hogar y su apoyo incondicional”.

CAPITULO 3. TRAS LA CIRUGÍA

3.1 Sólo quedó la 'rayita'

El cáncer antes de la operación era un enrojecimiento, un bulto o una cavidad en el seno. Era un miedo encarnado en el pecho, pero ninguna mujer que va a someterse a una mastectomía sabe como va a quedar exactamente. (Ver figura)



Fotografía de una mujer con mastectomía radical.

Fuente: Biblioteca Médica Digital, cáncer de mama

En su mente pasan las imágenes de su torso y sus senos al aire, borra imaginariamente uno, el causante de su 'odisea', así espera verse, tal vez mejor.

El día después de la operación, está plagado de sentimientos encontrados, se tiene vida pero aún falta observar los daños.

"Me dolía mi pecho como si me hubiera pasado una 'combi' encima, tenía que estar agradecida, lo sé, pero estaba muy angustiada de cómo me habían dejado" asegura Amalia Vera: "Firmé antes de la operación una autorización para que me fuera extirpado mi seno, ahora restaba ver que cosa había quedado, aunque no tenía un busto muy hermoso, el que me quedó parecía presumir que, flácido, todavía estaba en su lugar. Por poco y me desmayo, no grité porque estaba aún medio dormida por la anestesia. Ni levantarme podía, fue mi hermana la que me trajo un espejo para verme, no era muy grande, era el de su rubor, así que mi primer inspección fue hecha en abonos, cacho a

cacho. Mi cicatriz parecía un cierre rojo, como si en cualquier instante pudiera abrirse, estaba inflamada, tenía unas mangueras conectadas bajo la piel, según me dijo la enfermera servían para que drenara 'algo', mi piel estaba amoratada, fea e hinchada".

Uno de los momentos más deprimentes es ver los resultados de la cirugía; por supuesto, le han dado la vida, tiene de nueva cuenta la oportunidad de gozar todas las experiencias, alegrías y hasta dolores que aún le faltan.

Su turno ha llegado, debe enfrentar su cuerpo, su propia visión de la belleza y de su imagen.

Es sin duda, un instante eterno, no es sólo una cicatriz y unos puntos, no puede compararse con la extirpación de una verruga, no se encuentra en cualquier parte de su cuerpo, ahora está en juego su autoestima.

Como explica Dolores Liera: "A mí me operaron hace 3 años, soy gordita y como sabrás muchas gorditas tenemos un busto '*generoso*', a muchas no les gusta pero a mí sí, era '*mi atractivo visual*', la verdad no era '*tímida*' para mi vestimenta, me ponía trajes de baño, blusas de cuello '*redondito*' para enseñar algo y antes hasta brillitos me ponía en el pecho.

Fue muy difícil ver los 'daños'. Antes de la operación, aunque tienes tu pecho enfermo, nadie lo nota, te vistes normal y ni quien se fije que tienes 3 '*bolas*', pero, después de la operación la diferencia es muy grande, me hicieron una mastectomía radical. Me revisé en mi casa, a mí no me gustó la idea de verme en el hospital frente a extraños el mismo día de la cirugía. En el hospital la verdad no me ví, me bañé a oscuras, cuando las enfermeras me revisaban cerraba los ojos, como que me iba a dormir o me relajaba para que no me dijeran nada, de todos modos me preguntaban '¿ya se vió?', al principio les decía: 'no, muchas gracias', pero como me insistían tanto no me quedó otra más que decirle 'sí, ya me ví, ya me ví'.

Mi familia no tocó el tema en el hospital, no llegaron a ese 'morbo', porque fíjate que hay mujeres que les dicen a sus maridos 'mira como quedé' y tienen la suerte de que les dicen 'no te preocupes', en mi caso no sabía como lo iba a tomar el mío, por lo que preferí verme en mi casa e irme preparando para darle 'la noticia' de cómo había quedado. No podía mover mi brazo, me costó mucho trabajo desabrocharme mi blusa, tenía botones en frente por lo que fue un poco complicado quitármela con un brazo malo y el otro medio torpe y verme fue una decepción muy grande. Siempre había tenido un busto grande; desde chiquita fui una niña que se '*desarrolló*' muy rápido, así que cuando ví que sólo me había quedado la '*rayita*', '*vil rayita*' quedó, me sentí rarísima, me sentí muy mal.

Cuando te ves al espejo, en brasier o con blusas, te ves equilibrada o por lo menos proporcionada, en cambio me ví tan fea, tan mal, el otro pecho ahí quedó, bien flácido pero ¡ah! que bonito lo ví, comparado con la *'rajada'* que me habían dejado”.

Para Silvia Gaytán, mujer de 45 años, ama de casa con mastectomía en el seno derecho, el reconocimiento de los “daños” fue un acto guiado por el propio cirujano, tal y como lo narra: “Hasta antes de mi cirugía ya había pasado por el miedo, la angustia e incluso el rechazo a mi persona, todo por un *'hoyito'* en mi axila; había escuchado que se formaban *'bolas'* en los senos y que eso era peligroso así que no me preocupé cuando me ví ese *'hoyito'*, lo dejé pasar.

Después de que me operaron tenía mucho miedo de verme al espejo, así que mentalmente estaba planeando cómo hacer mi vida sin verme, bañarme vestida, no usar trajes de baño y cosas así, pero cuando el médico me vino a ver, al día siguiente de mi operación, me preguntó ¿Ya se vió como quedó?, me reí, ¡por supuesto que no me había visto! y no tenía intenciones de hacerlo, pero él insistió en que era mejor verme de una vez a que solita en mi casa lo hiciera, *'se va a poner muy triste, es mejor que lo hagamos juntos'*, le dije que no se me hacía *'conveniente'* verme tan rápido pero empezó a quitarme el vendaje que me pusieron.

“Ya no tenía pena con el doctor porque él me había revisado antes de hacerme la cirugía y había tocado mi pecho para saber donde más tenía cáncer, así que cuando él vio mi cicatriz no pude adivinar nada por su expresión, seguro que como la mía ha visto muchas. A esas horas estaba aún muy débil por la anestesia y el dolor, no pude sentarme bien en la cama así que me puso una almohada en la espalda, tenía tubos por todos lados: uno en mi pecho, otro en la mano para el suero y como tengo problemas con un pulmón tenía unos tubitos en la nariz, cuando por fin me dió un espejo que llevaba cometió la *'burrada'* de darme uno de esos espejos que se usan para maquillarse, redondos y que tienen dos caras, una para verse normal y otra que agranda las facciones, me ví en el lado que agranda las facciones y puse no sé que cara que el médico se rió, me volteó el espejo al lado que se ve normal, pero de todos modos seguí con la cara de susto, tenía una herida desde mi axila derecha hasta casi llegar al seno izquierdo, estaba roja, inflamada y horrible y aunque el doctor no me dejó las costuras visibles se me veía asqueroso, *'eso'* estaba en mi cuerpo, tenía otra cicatriz, la de mi cesárea pero no era lo mismo, la de mi pecho era enorme, el doctor me tuvo que abrir mucho y obvio que tenía que quedar algo tan grande.

En ese momento hice algo muy curioso, cuando medio ví mi cicatriz, con el mismo espejo ví el pecho que me quedaba, como que comparé la cicatriz con mi pecho, me puse a pensar 'qué canijos hice', hasta ese momento me dí cuenta de lo que había perdido, me arrepentí al ver mí cicatriz , 'hubiera probado la acupuntura o los naturistas', y ahora que voy a hacer con mis brasiers y con mis blusas medio transparentes, ¡¿qué me voy a poner?, ¿cómo voy a andar en la calle así?!

Me entró mucha pena, ya había platicado con mi doctor de la posibilidad de que me hiciera una reconstrucción luego luego, pero me dijo que no era posible porque todavía me tenía que someter a la quimioterapia y la radioterapia”.

3.2 Todo terminó, ¿ya no tengo cáncer?

A pesar de todos los esfuerzos realizados hasta este momento por el médico y por supuesto por la paciente, en ocasiones su batalla por la vida aún no termina. La extirpación de un tumor no es sinónimo de curación, el cáncer a nivel microscópico aún puede existir, por lo que a pesar de la reticencia de continuar, deben someterse a otros tratamientos: quimioterapia, radioterapia y terapia hormonal, (conocidos como: quimio, radio y hormonas)

De acuerdo al manual *"La quimioterapia y su utilidad"*, elaborado por el Dr. Eduardo Reynoso adscrito al Centro Médico Siglo XXI del IMSS:

“Cuando se aplica cirugía y ésta al parecer elimina el tumor, se sabe que puede volver a aparecer, por lo que se utiliza quimioterapia y en ocasiones radioterapia, para prevenir dicha recurrencia, es decir, se trata de un tratamiento preventivo en estos casos, se le conoce como tratamiento adyuvante (que ayuda) para eliminar las células cancerosas que pudieran permanecer en el organismo sin ser detectadas”.

Sin embargo, el recibir la orden de someterse a nuevos procedimientos médicos, ya sea antes de su cirugía o después, resulta para muchas mujeres una sensación de incertidumbre por lo que pueda suceder y pensamientos como: ¿La operación no funcionó?, ¿Se equivocó el doctor y no necesitaba quitarme el pecho?, ¿Me conviene que mejor me quiten el otro y ya no me da cáncer?, etc., son frecuentes.

Emma Tovar explica de este modo su angustia y duda ante los estragos que provocan estos tratamientos: “No se si fue por la quimio, pero me deprimí mucho, las fechas decembrinas fueron muy difíciles, mi familia me apoya, pero siento que me falta algo, siento que me robaron algo, las ganas de vivir, sé que es un tratamiento largo, no sólo el físico, también el mental. No acepto mi enfermedad, el médico me dice que el tratamiento que estoy llevando sirve para que el cáncer ya no vuelva, que es sólo preventivo. ¿Pero cómo lo aceptas?”.

Mastectomizadas pertenecientes al **GRUPO RETO** exponen claramente el miedo, desesperación y resultados que implican estos tratamientos:

Karla Treviño: “Cuando me dijeron que me iban a dar quimio y radio, me bloqueé, tenía miedo, no sabía que seguía”.

Lupita Paredes: “Yo digo: ‘bendita quimio que me estás dando más vida’, aunque me estés destrozando el hígado, hay que pensar que cada vez que se tiene una sesión de quimio o de radio, es una menos”.

Araceli Betanzos: “Tenía yo un problema, cuando a mí me dicen ‘tienes cáncer y te vamos a operar’, sufrí de un impacto muy fuerte por la posibilidad de quedar como quedé y mi familia entró al mismo ruedo que yo, a la misma ‘batalla’, porque en mí caso tuvimos que pedir prestado para solventar la operación que me hicieron, los estudios que le hacen a una antes de la operación, para el tratamiento que va después y el pago del doctor. Cuando me despierto de la cirugía me dice el doctor ‘su cáncer si era etapa tal y lo que le sacamos medía tanto, estaba muy ‘malita’, la vamos a tener que someter a quimioterapia y radioterapia”.

3.2.1. Los medicamentos al rescate, ¿o no?. La quimioterapia

De acuerdo al manual *“La quimioterapia y su utilidad”*, elaborado por el Dr. Eduardo Reynoso adscrito al Centro Médico Siglo XXI del IMSS, la quimioterapia es:

“El uso de drogas o medicamentos para tratar enfermedades, sin embargo el término se utiliza actualmente para describir los medicamentos utilizados en el tratamiento del cáncer.

Las drogas anticáncer actúan en contra de las células cancerosas (que crecen desordenadamente) al interrumpir su habilidad de crecer o multiplicarse, o, corrigiendo la disminución de la muerte celular programada (tiempo específico de vida de las células), ya que esta lentificación de la muerte de las células es lo que también permite que se acumulen de manera anormal en el cuerpo.

Si antes o después de la quimioterapia se sometió a la paciente a una cirugía o radiación, o ambas, se le llama modalidad combinada de tratamiento”

De acuerdo a la página

<http://www.aventispharma.com.ve/Mamas.htm>:

“La quimioterapia debe ser administrada por un médico oncólogo con experiencia en el tratamiento del cáncer de mama. La tendencia moderna es utilizar tratamientos cortos con gran intensidad de dosis a los tumores de etapas II en adelante. También en mujeres premenopáusicas con tumores pequeños, menores de dos centímetros, se utiliza hoy en día la quimioterapia”

Según el manual *“La Quimioterapia y su Utilidad”*, del Dr. Eduardo Reynoso existen tres “rutas” para aplicar la quimioterapia:

- a) Oral: las drogas son administradas por la boca en forma de pastillas, cápsulas o suspensiones y llegan al estómago para integrarse al torrente sanguíneo a través de las paredes estomacales o del intestino delgado. No todos los medicamentos pueden ser administrados de esta manera pues no se absorben con rapidez o bien pueden dañar al estómago.
- b) Subcutánea: las drogas son inyectadas en la piel y son absorbidas lentamente en la sangre.
- c) Intravenosa: las drogas administradas de esta manera se aplican en forma de infusión directamente a una vena, entrando al torrente sanguíneo. De hecho, el flujo sanguíneo puede diluir sustancias químicas que alertan a los tejidos normales de las venas”.

En tanto, el **GRUPO RETO**, explica que existe un modo más de administración: Catéter: tubos de diferentes materiales, diámetros y longitudes que se sitúan en el interior de una vena superficial o profunda para administrar directamente en la corriente sanguínea fármacos o sueros o extraer fluidos en el cuerpo.

La Fundación Mariantonia Tous Carbó de Barcelona, España, en su sitio en internet www.fefoc.org.es afirma:

“Los médicos suelen utilizar una combinación de fármacos, lo cual se ha comprobado que es más efectivo que uno solo. La quimioterapia se aplica en ciclos, en los que cada tratamiento es seguido por un período de descanso.”.

A pesar de los mitos y rumores que hay en torno a la quimioterapia, la aplicación de este tratamiento no es dolorosa, tal y como lo explica el manual del doctor Reynoso:

“Si la quimioterapia se aplica por vía oral, sólo se tendrá que tomar pastillas, cápsulas o tabletas, que al igual que otros medicamentos no ocasionan dolor. En el caso de la administración subcutánea o intramuscular, algunos fármacos producen malestares parecidos a los de una gripa como el cuerpo cortado. En cuanto a la aplicación intravenosa, ciertos pacientes han manifestado sentir una leve quemadura en el sitio del piquete. En la mayoría de los casos, si es que se presentan malestares, éstos son temporales. Sólo cuando se realiza por la vía intravenosa se corre el riesgo de que el medicamento salga de la vena, cause enrojecimiento y dañe la piel”

Cabe aclarar que esta aseveración sólo es válida para el momento de la aplicación del tratamiento, ya que una de las etapas más difícil de una mastectomizada es, precisamente, lidiar con los “efectos” de la quimioterapia.

¿Pero, cuáles son exactamente los efectos secundarios de este tratamiento y por qué?, de acuerdo al manual del doctor Reynoso:

“En general, tales fármacos actúan contra las células que se dividen rápidamente por lo cual, células y tejidos también se ven afectados por la quimioterapia, como son las células del pelo o las del aparato digestivo. Esta es la razón principal de los efectos colaterales más frecuentes:

Problemas digestivos: Además de la posible falta de apetito, la quimioterapia suele provocar, náusea, vómito, diarrea o estreñimiento, dependiendo del tipo de fármaco (medicamento) que se emplee.

Efectos en boca y garganta: Otros posibles efectos son resequedad en la garganta o dolor en boca o garganta.

Pérdida de cabello: Existen células normales que también se reproducen con rapidez, como las que forman el cabello. Por esta razón dichas células se ven afectadas durante la quimioterapia, ocasionando pérdida del cabello y del vello del cuerpo. No es posible predecir la cantidad de cabello que se perderá pues cada mujer reacciona diferente. Una vez que se aplica la quimioterapia el cabello empieza a partirse en el área cerca de la piel o justo en el sitio en que sale de ésta. A veces este proceso comienza dos o tres semanas después de iniciado el tratamiento, al cepillarse o lavarlo.

Efectos en órganos sexuales: las mujeres pueden notar cambios en sus ciclos menstruales, ya sea por irregularidad de los mismos o falta de éstos. Asimismo es factible que haya bochornos y otros síntomas parecidos a la menopausia. Se puede presentar comezón, ardor y resequedad en la vagina.

Efectos en la piel: Los problemas más frecuentes que se presentan son: acné, resequedad, enrojecimiento, ardor o incluso que la piel se pele. Cuando la quimioterapia es aplicada vía intravenosa, se puede producir irritación en el área donde se aplico el medicamento.

Efectos en músculos o nervios: Debido a que algunos fármacos disminuyen el número de glóbulos rojos se presenta dolor muscular, debilidad y cansancio; mientras que otros producen alteraciones de la función nerviosa, provocando hormigueo o sensación de quemadura en manos y pies. También los movimientos pueden volverse torpes o presentarse pérdida del equilibrio.

Efectos en tracto urinario: Están en función del medicamento utilizado, es el tipo de cambio que pueda presentarse en el color de la orina. Si se emplea Adriamicina, el color de la orina puede ser rojo. En caso de utilizar Metotrexate, ésta cambia a amarillo brillante, mientras que con Mitoxantrone puede producirse un color azulado. Asimismo, la orina suele tener un fuerte olor al medicamento que se le aplica. También es importante preguntar que medicamentos puedan afectar su riñón o vejiga.

Retención de líquidos.

Sensación de Gripe: En ocasiones se presenta, pocos días después de aplicado el tratamiento, cuyos síntomas son dolores musculares o de cabeza, cansancio, escalofrío, fiebre y pérdida del apetito.

Efectos en la sangre: La sangre está formada por glóbulos rojos, glóbulos blancos y plaquetas. La vida promedio de los glóbulos rojos es de aproximadamente 100 días, por lo que el efecto de la quimioterapia tardará en manifestarse, por lo general su número disminuye provocando que el cuerpo carezca del suficiente oxígeno para realizar sus actividades, (la función principal de los glóbulos rojos es el transporte de oxígeno a todo el cuerpo), por ello habrá sensación de cansancio y debilidad. En cambio, la vida de los glóbulos blanco y plaquetas es muy corta, por lo cual al aplicarse la quimioterapia su número disminuye significativamente en pocos días, provocando que el organismo este más expuesto a infecciones”.

En el manual del **GRUPO RETO “Lo que usted debe saber acerca de la Quimioterapia”**, incluye otros efectos secundarios menos frecuentes:

- Cambios de color en la piel.
- Cambios en la coloración en uñas de manos y piel.
- Alteración en la función del corazón.
- Alteración de la función respiratoria.

Sin embargo, para todo problema existe una solución, por lo que el manual del doctor Reynoso recomienda:

“

➤ **Problemas Digestivos:**

- Náusea
 - Tome los alimentos en pequeñas porciones durante el día, para que no sienta el estómago vacío.
 - Evite los líquidos durante la comida, pues éstos sólo llenan su estómago. Ingiera agua una hora antes o después de comer.
 - Evite dulces y alimentos “chatarra”.
 - Coma alimentos a temperatura ambiente, ni muy fríos ni muy calientes.
 - Coma despacio para que pequeñas cantidades de alimento entre a su estómago.
 - Mastique bien la comida.
 - Ingiera alimentos secos como pan tostado, cereal o galletas, a fin de controlar el malestar estomacal.
 - Evite comer alimentos pesados después de aplicada la quimioterapia.
 - Tome bebidas frías, claras y sin endulzar como jugo de manzana, o bebidas ligeras como refresco de manzana.
 - Evite olores molestos, como humo de cigarro, comidas olorosas y perfumes.
 - Si el olor a comida le provoca malestar, evite estar cerca del lugar donde se prepara la comida.
 - Si es usted quien cocina, utilice los días que se sienta bien para preparar sus alimentos y congelarlos.
 - Descanse después de comer. La actividad física puede disminuir la digestión y aumentar algunas molestias. No se acueste, por lo menos dos horas después de haber comido.
 - Retire su prótesis dental, si la tiene, los días que reciba su tratamiento, pues los objetos extraños en la boca pueden producir vómito.
- Diarrea

- Algunos fármacos empleados en quimioterapia pueden producir diarrea transitoria. Si ésta dura más de 24 horas y le provoca dolor o cólicos, comuníquese de inmediato a su médico, quizá le prescriba algún medicamento para controlar tal efecto.
- Intente una dieta de líquidos claros para permitir que sus intestinos descansen un tiempo.
- Tome abundantes líquidos para reemplazar los que ha perdido. Son recomendables las bebidas suaves y claras como el jugo de manzana, agua, té o caldo.
- Bebidas a temperatura ambiente, ni muy frías ni muy calientes. Si decide ingerir bebidas con gas, deje que éstas pierdan las burbujas.
- Coma en pequeñas cantidades, pero más frecuentemente.
- Evite alimentos que puedan causar cólicos, como frijoles, café, nueces, col, brócoli, coliflor, comidas condimentadas y caramelos.
- Cuando se sienta mejor agregue poco a poco a su dieta alimentos bajos en fibra como: arroz, crema de cereal de arroz, plátano, pay de manzana, manzana cocida, puré de papa, pan tostado y galletas.
- Aumente la cantidad de plátano, naranja, jitomate y papas a su dieta, tales alimentos le proporcionan potasio, sustancia que pierde al tener diarrea.
- **Estreñimiento**
 - Tome muchos líquidos para aflojar el intestino.
 - Incluya alimentos ricos en fibra como: salvado, frutas y verduras crudas, pan integral y nueces.
 - Continúe con sus actividades y ejercicios cotidianos. Si usted llega a notar que sus movimientos intestinales se detienen por más de un día, notifíquelo a su médico o enfermera, ellos le recomendarán un laxante.
 - Cuando se aplica la quimioterapia sus defensas tienden a bajar, sí además de eso usted tienen evacuaciones duras que puedan ocasionarle heridas en el recto, es posible que tenga una infección grave (abscesos rectales y perianales).
- **Boca y garganta**
 - Beber muchos líquidos
 - Ingerir dulces duros bajos en azúcar o chicles para aumentar la humedad en la boca.
 - Comer alimentos húmedos como: fruta o helado.

- Humedecer los alimentos secos con mantequilla, margarina, salsas, caldo o bien remojarlos en café, té o leche.
- Poner la comida horneada en la batidora para hacerla tersa y fácil de masticar.
- Comer alimentos frescos y fríos como: helados, pudines, trozos de hielo, sandía, alimentos para niños o gelatinas. Los alimentos frescos y dulces pueden provocar caries, por esto se le recomienda lavar sus dientes inmediatamente después de ingerirlos.
- En caso de presentar dolor en la boca o en la garganta se le sugiere que evite comidas y jugos con alto contenido de ácido como: el tomate, la naranja y las uvas. Es preferible comer alimentos suaves y sin sazonar, como huevos tibios, avenas, albaricoque, néctar de pera, calabaza, frijoles, chícharos y ejotes.
- Evitar los alimentos salados y condimentados, además mantener su boca y encías limpias para prevenir cualquier infección. Si su tubo digestivo estuviera infectado, al tener bajas las defensas del cuerpo, usted podría adquirir infecciones graves.
- Para mantener la boca limpia utilice un cepillo de dientes suave, para encías sensibles y no cepille bruscamente, puede dañar sus encías.
- Prepare un enjuague con una cucharadita de bicarbonato de sodio en una taza de agua y limpie su boca, manteniéndolo en el interior durante un minuto. Evite los enjuagues comerciales, a menos que los recomiende su médico.
- Si sus labios se resecan, utilice bálsamo labial y nunca permitan que se le “partan”.

➤ **Pérdida del cabello:**

- Hay quienes optan por utilizar una peluca, que pueden adquirir antes de perder el cabello, a fin de encontrar el color que más les agrada o que sea más cercano al propio.
- Este es efecto colateral menos grave físicamente, pero tiene un daño mayor en la alteración de la imagen corporal y es un hecho que afecta emocionalmente a la mujer.
- Se debe recordar que este efecto es temporal mientras se aplica la quimioterapia, incluso puede crecer nuevamente durante el tratamiento.
- Al término de la quimioterapia, algunas personas encuentran que al crecer su pelo, éste cambia en textura o color durante unos meses.

- Antiguamente, se colocaban “gorras enfriadas” durante la administración de la quimioterapia para disminuir la circulación sanguínea en la cabeza y evitar así su efecto sobre el cabello. Sin embargo, en la actualidad esta práctica ha sido abandonada debido a su ineficacia.
- **Piel**
 - En caso de resequedad, es necesario utilizar crema humectante en las áreas afectadas.
 - No es recomendable exponerse al sol, pues la piel es más sensible a los rayos solares, por lo cual usted puede quemarse más fácilmente. En tales casos se recomiendan lociones con factor de protección solar 25, para prevenir quemaduras, en caso de salir al aire libre.
- **Músculos y nervios**
 - Se debe ser cuidadosa al tomar objetos agudos o calientes, si siente los dedos entumecidos, o bien moverse con lentitud y utilizar los barandales de las escaleras si el balance de su cuerpo se ve afectado.
- **Tracto urinario**
 - El médico o enfermera le informarán sobre los medicamentos que puedan afectar su riñón o vejiga, por eso es importante que tome abundantes líquidos para asegurar un buen flujo urinario y prevenir problemas.
- **Retención de líquidos.**
 - Es necesario limitar la cantidad de sal que consuma, así como alimentos salados (con sodio).
 - Si usted nota hinchazón (edema) en manos, pies, cara o abdomen, avise a su médico o enfermera.

Aunque los efectos colaterales de la quimioterapia son numerosos, es necesario que usted compare el beneficio del tratamiento frente a las molestias que pueda provocarle”.

3.2.2. Algo más que rayos X. Radioterapia.

En el manual para el paciente oncológico "*Radioterapia*", de la doctora Adela Pontevin y el doctor Alfredo Medina, elaborado para el Instituto Mexicano del Seguro Social, se detalla qué es y para qué sirve:

“La radiación es un tratamiento local efectivo contra el cáncer. Puede ser el único que se propone para algunos tipos de cáncer o bien, puede combinarse con cirugía y quimioterapia.

En algunos casos, la radioterapia no suele utilizarse como tratamiento curativo, sino para evitar dolor, inflamación, sangrado y el crecimiento del tumor que pudiera provocar opresión de órganos vitales”

Las radiaciones son rayos de alta energía provocados por materiales radiactivos o por máquinas especiales.

La radiación actúa específicamente dentro de la célula cancerosa en la fase en que se multiplica, destruyéndola o impidiendo que se reproduzca.

Durante el tratamiento también reciben radiación las células normales, pero como éstas se reproducen más lentamente pueden recuperarse mejor del efecto radiactivo. Además, en cada terapia, el especialista (radioterapeuta) trata de radiar la menor cantidad posible de tejido sano.

La radioterapia puede ser:

- Externa. Se utilizan aparatos especiales, como la bomba de cobalto y los aceleradores lineales. Usted permanecerá sola unos minutos, durante los cuales no escuchará, verá ni sentirá nada.
- Es un estudio parecido a la toma de una radiografía, con la ventaja de que se puede mantener una respiración constante. Sin embargo, no debe moverse para evitar afectar que se irradie áreas sanas.

El radioterapeuta indicará la dosis, el aparato y la duración de cada una de las sesiones, valorando la tolerancia a las radiaciones y controlando los efectos que se presenten.

Es falso que se quede radiactividad en el cuerpo de quien recibe el tratamiento, así que es posible mantener un trato normal con las demás personas durante y después de la radioterapia.

- Interna. Se utiliza algún material radiactivo que se introduce en la zona afectada mediante un procedimiento técnico especializado”.

De acuerdo al sitio de internet <http://www.aventispharma.com.ve/Mamas.htm>:

“La radioterapia se utiliza comúnmente después de la mastectomía conservadora y en ocasiones en la radical. Se destruye cualquier remanente de células cancerosas. No es doloroso y dura solo pocos minutos. Durante los últimos días del tratamiento, la paciente recibirá una dosis extra donde el tumor estaba localizado para tener seguridad de que todas las células cancerosas hayan sido destruidas”.

Mientras que en el documento *“Tratamiento radioterápico del cáncer de mama”*, publicado en el sitio <http://bio.hgy.es/Mama/tema20/index.htm>, se explican las distintas modalidades del tratamiento radioterápico del cáncer de mama:

- “ a) Modalidades de tratamiento:
- Radioterapia complementaria a la cirugía
 - Radioterapia radical
 - Radioterapia preoperatoria
 - Radioterapia con fines paliativos
- b) Tratamiento radioterápico del cáncer de mama:
- Tratamiento conservador
 - Después de la mastectomía
 - Inicialmente no operable (en etapa 3)
 - Recidivas loco-regionales
 - Cáncer no invasor
 - Radioterapia paliativa
 - Numerosos estudios demuestran la efectividad de la irradiación para reducir la incidencia de nuevos tumores o recaídas locales tras cirugía conservadora y radical. Asimismo, no aumenta la incidencia de metástasis ni la mortalidad por realizar el tratamiento conservador de la mama. ”

A este respecto, la **Fundación Mariantonia Tous Carbó**, en el sitio: www.fefoc.org.es, afirma:

“La irradiación puede disminuir el tamaño del tumor antes de la cirugía, o destruir células cancerosas que hayan quedado detrás de la mama, en la pared

del tórax o en la axila después de la cirugía. La radioterapia se aplica generalmente 5 días a la semana, durante 6 a 8 semanas.

Como la quimioterapia, la radioterapia también tiene efectos secundarios sobre ciertas funciones del organismo; estas molestias desaparecen una vez terminado el tratamiento, pues son pasajeras y controlables.

Los efectos se presentan específicamente en la zona irradiada, aunque existen molestias comunes a todos los tipos de terapia con radiación”.

En el manual para el paciente oncológico *“Radioterapia”*, de los doctores Pontevin y Medina se detallan algunos efectos de la radiación:

“A la tercera semana de iniciado el tratamiento se presenta pérdida del cabello , - persiste mientras dure la terapia-, dolor de cabeza, náusea, vómito y fatiga.

El tratamiento ocasiona, generalmente, dificultad y dolor al ingerir líquidos y alimentos.

En el área de la mama: piquetes, punzadas y sensación de dureza, adormecimiento, hormigueo o tirón en el sitio de la cicatriz. Duran de seis meses a un año después de finalizado el tratamiento”.

También, para este tipo de tratamiento, existen recomendaciones útiles que la mastectomizada y su familia pueden tomar en cuenta para hacer más llevadera esta etapa, tal y como lo cita el manual *“Radioterapia”* de los doctores Pontevin y Medina:

“Para aliviar la irritación de la piel y sólo bajo prescripción médica, puede utilizarse cosina acuosa (al 4 por ciento), violeta de genciana o cold cream. En caso de que el médico autorice el uso de cold cream, éste debe aplicarse en un lapso considerable antes o después del horario de la radiación.

Es posible aislar el área irritada con una tela suave de algodón para que no esté en contacto con la ropa, la cual debe ser holgada y cómoda”.

En caso de que la radiación se realice en la axila, las medidas preventivas para evitar hinchazón en el brazo son las siguientes:

- Utilice guantes durante cualquier actividad que implique riesgo de lesión en la piel, como la cocina o en el jardín.
- Use dedal para coser con aguja.
- No use joyas en la muñeca o en los dedos del brazo afectado.
- Use prendas de manga corta o larga, pero nunca apretadas.
- No se exponga al sol y evite el calor.
- No cargue objetos pesados (de más de 7 kilos) ni realice esfuerzos con el brazo.
- Utilice rasuradora eléctrica y evite navajas cortantes.
- Consulte al médico en caso de que el brazo esté caliente rojo o adolorido.
- No duerma sobre el brazo afectado.
- Si se hace manicura en la mano del brazo radiado, no corte las cutículas de las manos, sólo empújelas”.

Más recomendaciones las brinda el folleto del **GRUPO RETO** “*La Radioterapia*”:

- Higienizar la piel sólo con agua tibia (no usar jabón). Secar sin frotar con toalla limpia y suave, manteniéndola al aire el mayor tiempo posible.
- No aplicar ungüentos, desodorantes, talco, perfumes, lociones, cosméticos ni rascar la zona en tratamiento.
- No depilar o afeitar la zona durante el tratamiento.
- Si siente picazón, prurito o comezón, consultar a su médico, técnico u otro personal del equipo tratante.
- Para evitar reacciones, usar sólo ropa de algodón fino sobre la piel.
- No poner en contacto con la piel: botellas o bolsas de agua caliente o con hielo, ni lámparas de rayos infrarrojos. La hoja de plátano se pone sobre la zona quemada y la hoja absorbe el calor.
- Durante el tratamiento radiante, no concurrir a la playa ni exponerse al sol. Finalizado el tratamiento consulte a su médico, quien le indicará si puede tomar sol y el tipo de protector solar que debe utilizar.

Es importante que si tienen cualquiera de los siguientes síntomas llame a su médico inmediatamente:

- Un dolor constante, especialmente si siempre es en el mismo lugar.
- Si aparecen nódulos, moretones o hinchazón.
- Si tienen náuseas, vómitos, diarrea o pérdida de apetito.

- Si pierde peso sin explicación.
- Si tienen fiebre o tos persistente.
- Si aparecen en su piel salpullidos o moretones raros o si tiene hemorragias”.

3.2.3. La terapia hormonal, no es sólo para la menopausia

Existe también una terapia basada en el suministro de hormonas, conocida como terapia hormonal u hormonoterapia, en el sitio <http://www.aventispharma.com.ve/Mamas.htm>, la describen así.

“El estrógeno (hormona sexual femenina) está íntimamente ligada al ciclo menstrual y a la reproducción. Los ovarios producen estrógenos hasta la menopausia. La menopausia natural ocurre alrededor de los 50 años.

La quimioterapia para el cáncer de la mama induce a la menopausia, sobre todo en la mujer que se encuentra alrededor de los 50 años. Hay muchas teorías acerca del rol del estrógeno en el cáncer de mama. Muchas de ellas no han sido probadas, sin embargo, la base de la hormonoterapia, en este tipo de cáncer, es bloquear y contrarrestar el efecto del estrógeno sobre la célula cancerosa. Para saber si la terapia hormonal es útil o no, el patólogo debe realizar con una muestra del tejido tumoral, un examen de receptores estrogénicos de la mama; receptor de estrógenos positivo significa que el Cáncer puede responder a terapia antiestrogénica; receptor de estrógenos negativo significa lo contrario. La terapia hormonal puede ser utilizada sola, con quimioterapia o después de la quimioterapia.

Los efectos secundarios son: Aumento de peso, calor súbito (bochornos), cambios de temperamento y otros síntomas.

En tanto, la Fundación **Mariantonia Tous Carbó** señala:

“Los médicos utilizan diversos medios para bloquear el efecto del estrógeno o disminuir sus niveles. El fármaco más utilizado como antiestrogénico es el Tamoxifeno, tomado diariamente en comprimidos durante 5 años. Diversos estudios demuestran que

el Tamoxifeno puede disminuir las posibilidades de recidiva tras la cirugía (también ayuda a las mujeres con cáncer de mama precoz, con independencia de su edad).

Además, las pacientes pueden utilizar Tamoxifeno para tratar el cáncer de mama con metástasis. Algunos estudios han demostrado un pequeño aumento de Cáncer precoz de endometrio (cuerpo del útero) entre mujeres que toman Tamoxifeno. Si usted toma Tamoxifeno y observa cualquier hemorragia vaginal inesperada -un síntoma posible de cáncer de endometrio- comuníquelo inmediatamente a su médico”.

Este tipo de tratamientos tiene sus detractores, tal y como lo confirma la información proporcionada por la **National Cancer Institute**, en su sitio www.cancerstop.net:

“La terapia de reemplazo de hormonas (HRT por sus siglas en inglés), presenta un dilema para el número creciente de sobrevivientes de cáncer de la mama, muchas de las cuales entran en la menopausia prematuramente como resultado de la terapia. Generalmente no se usa la HRT para mujeres con cáncer del seno porque está probado que el estrógeno es un factor de crecimiento para la mayoría de las células de cáncer del seno en el laboratorio”.

3.2.4. Cuando el brazo empieza a “engordar”, el linfedema.

Existe tras la cirugía, un problema que en pocas ocasiones es explicado a las mastectomizadas y es el “linfedema”, tal y como lo narra Mara Ortega: “Tengo 26 años y nací en el Distrito Federal; hace un año me realizaron una mastectomía radical del seno derecho. Por desgracia, mi médico no me habló de un problema que iba a tener más adelante, en caso de que no me cuidará, el linfedema. Cuando estaba en la sala de espera de mi médico junto a mí se sentó una señora que tenía el brazo como dentro de un yeso, pensé que se lo había roto y venía a otra especialidad, pero como ocurre en una sala de espera no falta quien te haga la plática y fue esa señora quien me habló primero. Me preguntó si venía a Oncología y le dije que sí, al final resultó que ella también había pasado por una mastectomía y ese brazo, que pensé que estaba enyesado, tenía acumulación de líquidos, el famoso linfedema.

Me platicó su problema, porque sabía que por lo menos en ese hospital no había campañas de información al respecto y sí tenía razón, la enfermera me dijo que si tenía dudas le preguntará a mi médico y él tiene tantas pacientes que no hay mucho tiempo para explicarle a una que puede pasarnos sí no nos cuidamos.

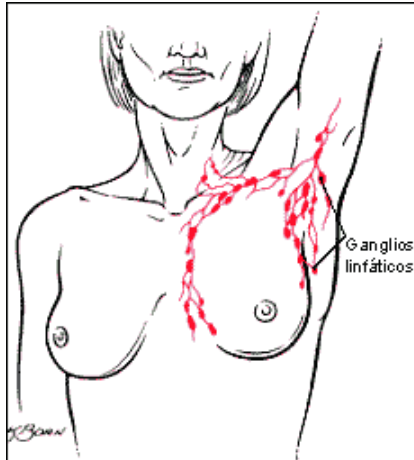
La señora me dijo que en cuanto pudo mover su brazo, lo utilizó como si nada hubiera pasado, (esa era mi intención), pero me dijo que siempre deben existir medidas especiales porque sí se retiran muchos ganglios (nódulos) el sistema que sirve para irrigar nuestra brazo ya no sirve y las inflamaciones o hinchazones no se quitan.

Eso le pasó a ella y me dijo que el problema es que se inflama tanto que después ya no puede mover el brazo, por eso tenía que usar un cabestrillo y se notaba que ya estaba desesperada porque además de que le quitaron un seno, ahora tenía que estar con varios especialistas para saber si le podían salvar el brazo.

El problema es que cuando realizan la mastectomía cortan parte de estos conductos al extraer los ganglios para saber si hay metástasis y entonces la linfa que se produce no tiene por donde drenar de regreso y entonces es cuando vienen el linfedema”.

A este respecto, la **Fundación Mariantonia Tous Carbó** señala:

“En el cuerpo humano existe un sistema de drenaje que se llama sistema linfático, conformado por capilares circulatorios o ganglios (ver figura siguiente) en los que se recoge y transporta el líquido acumulado de los tejidos (conocido como linfa) y es llevado hasta las arterias y venas. Su importancia es primordial para el transporte hasta el torrente sanguíneo de lípidos digeridos procedentes del intestino, para eliminar y destruir sustancias tóxicas, y para oponerse a la difusión de enfermedades a través del cuerpo.



Representación esquemática de la ubicación de ganglios linfáticos en la zona de la mama y axila

En el caso de la mastectomía, en ocasiones se realiza una extirpación de varios ganglios, provocando el linfedema (acumulamiento de la linfa).

La inflamación es molesta, dolorosa y no cede, nadie puede predecir que pacientes desarrollarán esa situación ni cuando. El linfedema puede presentarse inmediatamente después de la cirugía o meses o años después, por lo cual se recomienda se sigan las siguientes indicaciones:

- No hacer esfuerzos con el brazo, no cargar cosas pesadas.
- Tener cuidado con cortadas, ya que al acudir al lugar donde puede ser un probable foco de infección, se acumulan las células de defensa del organismo y esto puede provocar un acumulamiento de linfa.
- Evitar se tomen muestras de sangre o presión arterial del brazo afectado.
- Tener precaución con el fuego ya que se pierde cierto grado de la sensibilidad.
- Evitar las picaduras de mosquitos u otros insectos, utilizando repelente del lado operado en la zona del pecho, espalda, cuello y por supuesto el brazo.
- Haga caso de cualquier sensación de tirantez o hinchazón alrededor del brazo o de la mano. Comuníquelo inmediatamente a su médico.
- Si hace falta, lleve un manguito de compresión bien diseñado ”

Tras leer e imaginarse este tipo de efectos secundarios no es de extrañar que muchas mastectomizadas vean como un verdadero calvario su enfermedad y “tratamiento preventivo”, y es que la idea general de un enfermo de cáncer es aquel que pasa precisamente por este tipo de “efectos colaterales”.

Es aquí en donde se dividen las personalidades: las mujeres que soportan el tratamiento con estoicismo y las que “padecen” cada aplicación.

Este momento es cuando la mujer confirma si esta sola o se siente sola, si ha decidido pelear por afianzarse al mundo o sólo dejarse llevar por las circunstancias. Tal y como lo narran mastectomizadas del **GRUPO RETO**:

Adriana Marín: “Con los tratamientos, quimio y radio, no tenía pelo, uñas ni dientes; ahora tengo que usar guantes, me dicen que me tardarán como 3 meses en crecerme otra vez las uñas”.

Lucía Tapia: “Se me cayó por primera vez el pelo esta mañana, cuando me peinaba y me dije: ‘ya va a empezar esto’. Me dicen los médicos que no me debo deprimir porque me bajan las defensas, pero también fueron médicos los que me dijeron que antes de los 40 años no daba cáncer y apenas tengo 35, primero fue una cuadrectomía, después fue la total. Ahora me dicen que estoy viva, le ofrecí a Dios esa operación pero ya no más, mi cabello no”

María García: “Con la quimioterapia parezco “tío Lucas”, pero les decía a los médicos que ya no, que le pararan, ‘*móchenme* la otra, pero ya no quiero más”.

Estela Martínez: “Cuando mi hija pasó por la quimio, tardaban mucho en el hospital de las 6 de la mañana a las 9 de la noche, sin comer, se enojaba muchísimo y después se ponía a llorar y gritar, yo pasaba las de Caín”.

A este respecto, el Dr. Ricardo Ramos Solía asegura: “Cada paciente le da un giro distinto a su enfermedad, algunas después de la cirugía y debido a los tratamientos (como la radioterapia y la quimioterapia) se dejan caer, nuestros tratamientos son altamente agresivos para el cuerpo y muchas mujeres no pueden soportarlos ‘ánimicamente’, en cambio hay otras pacientes que se disciplinan y se cuidan, con dietas y cuidado, salen adelante. Las pacientes que se deprimen y justifican a través de su abandono, que no se cuidan, evolucionan mal”.

Pero ¿qué pasa con la familia en este período?, Ursula Arredondo (se omitió su nombre verdadero para proteger su intimidad), mastectomizada perteneciente al **GRUPO RETO**, cometa: “Mi esposo me ayudó a bañarme, el primer baño después de mi operación, después llevé a mis hijos para que vieran como me rapaban, no quería que se asustaran al verme perder mi pelo poco a poco, antes era muy largo, ahora apenas me está creciendo, como yo uso turbante, mi hijo menor también usa uno dentro de la casa”.

Angélica Sandoval tiene su propia perspectiva: “No ayuda la mala atención, lo primero es que reconozcamos que somos seres humanos, tienen que tratarnos como

gente y en el círculo familiar también. Tengo que fortalecerme, salir delante de ese asunto. La sociedad golpea, tiene pobreza mental, no entiende el problema más que una cuestión del cuerpo, no puede entender que el futuro de la recuperación de las mujeres es que sean tratadas como personas. A mi familia le digo que quiero su comprensión, sin lástima, mi estado de ánimo es muy cambiante, lo atribuyo a las sesiones de quimioterapia, pero ya no hay tanta presión como al principio, cuando no quería que mi esposo saliera de la recámara, me sentía muy sola”.

Para muchas mujeres, por desgracia, este tipo de reacción no es el común denominador, tal y como señala Susana Solís (nombre ficticio utilizado a petición de la entrevistada): “Tuve una mastectomía hace 2 años y tuve que someterme a la quimioterapia y radioterapia, el médico me dijo que con “eso”terminaba todo, la verdad no me explicaron bien que me iba a pasar y yo era bastante ignorante del asunto. Cuando me dieron mi primer sesión de quimio no tuve ningún problema, tenía que ir al hospital acompañada, porque según las enfermeras me iba a sentir muy mal, pero salí caminando como si nada, al otro día me acordé de todas las progenitoras del mundo, me dolía todo y sentí que se me quemaba la mano en donde me habían metido la medicina; no tuve hambre y me enfermé del estómago, mi hijo me dijo que no le hiciera al cuento ‘tu tienes una gripa y nada más’, la verdad es que pensé que la gripa me la había provocado la quimioterapia, así que al segundo día dejé de preocuparme un poco.

Para la segunda quimio lo tomé con menos calma que antes, se me estaba irritando mucho la mano donde me estaban inyectando, pero según yo no pasó a mayores, para cuando me dieron mi tercera quimio tenía cuatro kilos de menos, que sí me sobraban, pero aún tenía cabello así que empecé a sospechar que no estaba funcionando la medicina, con todas las cosas que uno ve y escucha, esperaba que a esas alturas no tuviera pelo, como para la tercera semana de iniciado el dichoso tratamiento el pelo se me empezó a caer, de por sí no tenía yo mucho y de pronto parecía que estaba mudando de pelo como los perros, con la diferencia que no me estaba creciendo pelo nuevo.

A mi esposo no le gustó ver pelos en la cama y se fue a dormir a la sala durante un mes y a mis hijos no les gustaba verme calva ‘les daba pena con sus amigos’ así que me prestaron sus gorras, como de béisbol, pero no me gustaron, la gente en la calle se te queda viendo como si te fueras a morir, sólo porque estás mal delgada, pálida y sin pelo.

Me compré unas mascadas baratas en el tianguis y eso me puse, no tenía para una peluca, ni modo a mi esposo no le gustaba verme mi cabeza pelona, a mis hijos tampoco y a mi menos.

Fueron tiempos muy difíciles, si había llorado con la noticia del cáncer, con verme calva parecía una Magdalena, me deprimí, lloré y casi no salí de la casa durante el tratamiento, primero porque me sentía muy mal y segundo porque me daba mucha pena que la gente me viera, era pura vanidad, hasta se me olvidaba que ya no tenía un seno, lo que me preocupaba era que tenía una calva horrible y cara de muerta.

Mis hijos antes traían a sus amigos a la casa y mi esposo era muy dado a salir a comer los fines de semana a la calle, ahora parecía casa abandonada, mis hijos me hablaban sólo lo indispensable; mi esposo llegaba tarde de trabajar, se iba muy temprano y comía fuera. Sólo mi hermana estuvo conmigo, me ayudó con los quehaceres de la casa y me llevaba al hospital para la quimio.

Siempre pensé que mi familia me apoyaría en todo momento, bueno, de pérdida mis hijos, tengo dos y ya son mayores de edad, pero como que el cáncer hace salir lo que como familia construí”.

CAPITULO 4. ¿Y AHORA QUÉ?, EL DUELO

4.1 El sobrevivir al cáncer es como una batalla.

En la actualidad y gracias a nuevos y mejores tratamientos, más pacientes sobreviven al cáncer por períodos mucho más prolongados que en el pasado. Sin embargo, el sólo hecho de ser diagnosticado con cáncer, el someterse a tratamientos y el sobrevivir con esta enfermedad, puede generar trastornos psicológicos en algunas personas.

De acuerdo con la National Cancer Institute, (NCI por sus siglas en inglés) en su página de internet http://cancer.gov/livehelp/vp/vp_sq.html:

“Es común que la mujer que sobrevive al cáncer de mama pueda confrontar problemas de estima propia, imagen corporal, intimidad y sexualidad. Las pacientes podrían experimentar ansiedad y depresión relacionadas al miedo de que el cáncer regrese, o a tener que enfrentar lo que es la muerte. Algunas sobrevivientes del cáncer experimentan síntomas traumáticos, tales como evitar situaciones, el pensar continuamente en los problemas o sentirse eufórica. Estos síntomas son similares a los que experimentan aquellas personas que han sobrevivido a situaciones sumamente tensas, como las de combate, desastres naturales, violación o cualquier otra circunstancia en que sus vidas se hayan visto en peligro. A este grupo de síntomas se le conoce como *trastornos de tensión postraumática* (PTSD por sus siglas en inglés).

A las personas con historial de cáncer se les considera en riesgo de desarrollar PTSD. La conmoción mental y física que conlleva el vivir con una enfermedad grave, el recibir tratamiento para el cáncer y el vivir con repetidas amenazas tanto al cuerpo como a la vida misma, resultan en una experiencia traumática”.

El diagnóstico del PTSD es complejo pues el cáncer no es en sí un suceso aislado, es una experiencia de una duración indeterminada marcada por repetidos traumatismos, como lo explica la **NCI** en la página cancer.gov/cancer_information/#7.2:

“Un individuo puede presentar los síntomas del PTSD en cualquier punto, desde el diagnóstico hasta el final del tratamiento y, posiblemente, hasta en las recaídas. La definición del Manual de Diagnóstico y Estadísticas de los Trastornos Mentales, 4ª

edición (DSM-IV) de Estados Unidos indica que, mientras los síntomas empiezan generalmente en los 3 primeros meses después del traumatismo, puede haber un retraso de meses o incluso años antes de que los síntomas aparezcan. Debido a lo anterior, las mujeres con cáncer y sus familiares deberán estar siempre en constante alerta”.

La **NCI** agrega una lista, de los principales síntomas que hay que tomar en cuenta para brindar a tiempo el apoyo familiar y profesional que la mujer necesita:

- “
- La recreación del trauma, (en forma de pesadillas o flashbacks).
 - Pensamientos obsesivos.
 - El evitar continuamente el recordar el incidente traumático, (evitando situaciones que le recuerden dichas circunstancias, interactuar menos con otras personas o mostrarse menos emotivo).
 - Mantenerse en un estado de constante euforia, (tener problemas para conciliar el sueño, estar siempre a la defensiva o a la expectativa, y estar irritable).
 - Infelicidad.
 - Sentimientos de culpa acerca de cosas que se hicieron o no se hicieron.
 - Sentirse abrumadoramente perdido.
 - Fobias repentinas.
 - Ataques de pánico.
 - Pérdida de interés por la vida.
 - Sentirse sin futuro.
 - Evitar a las otras personas.
 - Problemas en el dormir.

Estos síntomas podrían indicar que el paciente padece de PTSD o de depresión. Se han realizado estudios al respecto y se encontró que los síntomas eran peores al momento del diagnóstico y que mejoraron durante el tratamiento, lo cual indica que tanto las pacientes de cáncer bajo tratamiento, así como las sobrevivientes de esta enfermedad podrían clasificar bajo el diagnóstico de PTSD.

También se han observado algunos síntomas de PTSD entre los familiares de los pacientes y sobrevivientes de cáncer, quizás debido a la tensión que enfrentan éstos, ante la posible muerte del paciente a la vez que son testigos de los tratamientos y los efectos secundarios que éstos generan.

La dificultad para diagnosticarlo correctamente se puede ver complicada por la superposición de los síntomas del PTSD con los de otros trastornos psiquiátricos y por

los aspectos temporales del ajuste normal. Por ejemplo, la irritabilidad, la dificultad para concentrarse, la hipervigilancia, el temor excesivo y la perturbación del sueño son también síntomas del trastorno de ansiedad generalizada. Incluso las reacciones normales al diagnóstico y tratamiento de una enfermedad potencialmente mortal pueden consistir en respuestas como pensamientos obsesivos, perturbación del sueño e irritabilidad. El diagnóstico correcto del PTSD también requiere el uso de instrumentos confiables y válidos. Sin embargo, hasta la fecha, existen pocas medidas que han sido desarrolladas específicamente para su uso en pacientes y sobrevivientes de cáncer”.

4.1.1. Causas de los trastornos de tensión postraumática en el cáncer

De acuerdo con la **NCI**, en el sitio de internet cancer.gov/cancer_information/#2.1:

“Al PTSD lo causa un episodio extremadamente angustiante; sin embargo, el incidente por sí solo no explica el porqué las personas lo desarrollan, ya que no todas las personas que atraviesan momentos similares de angustia desarrollan este trastorno. En algunas personas ciertos factores mentales, físicos o sociales, lo predisponen a sufrirlo. Los síntomas surgen como consecuencia de ambas cosas, el adaptarse y el aprender. El adaptarse explica las respuestas de miedo causadas por ciertos estímulos (tales como imágenes, sonidos y olores), que ocurrieron al mismo tiempo que el incidente angustiante (p.ej., quimioterapia o procesos de tratamiento dolorosos), los cuales eventualmente causan ansiedad, disgusto y miedo, cuando ocurren aisladamente aún cuando el trauma ha pasado. Una vez establecidos, los síntomas de PTSD continúan en base al aprendizaje. Y esto, porque el rehusar ciertos estímulos les evita recrear sentimientos y pensamientos desagradables”.

4.1.2. Tratamiento

Con respecto al tratamiento de los trastornos postraumáticos que devienen gracias al cáncer, la **NCI** en su sitio cancer.gov/cancer_information/#7.2, indica:

“Las secuelas crónicas y a veces devastadoras psicológica e interpersonalmente del trastorno por estrés postraumático requieren el tratamiento puntual y eficaz de las personas con este síndrome. La negación del problema por parte de la paciente provoca que no

emprenda o retrase la búsqueda de ayuda profesional. A pesar de que no se ha desarrollado ninguna terapia específica para las personas con el PTSD en el entorno del cáncer, las modalidades de tratamiento empleadas con otras víctimas del PTSD pueden ser útiles para aliviar la angustia de los pacientes y sobrevivientes de cáncer.

La mayoría de los especialistas clínicos recomiendan emplear un enfoque multimodal, eligiendo diversos componentes para satisfacer las necesidades específicas de cada paciente y considerando cualquier trastorno psiquiátrico concurrente como el abuso de sustancias o la depresión. Cuando se aconseja a los pacientes con cáncer, se consideran con frecuencia modalidades múltiples en un enfoque de intervención de crisis para facilitar el ajuste.

El modelo de intervención de crisis comprende una gama amplia de terapias que pueden ser útiles en el tratamiento. Los objetivos de este modelo son reducir los síntomas y devolver a los pacientes a sus niveles usuales de funcionamiento. En este modelo, el terapeuta a menudo toma una postura activa, dirigiendo al paciente, centrándose en resolver problemas concretos, enseñando destrezas específicas para afrontar situaciones y proporcionando un entorno seguro y propicio para el paciente:

1. Las técnicas cognoscitivas-conductuales han resultado especialmente útiles dentro del entorno de intervención en crisis. Algunos de estos métodos incluyen el ayudar al paciente a comprender los síntomas, enseñarle técnicas eficaces para hacer frente a las situaciones y técnicas de control del estrés (como relajación), reestructurar sus percepciones y exponerlo a oportunidades de desensibilización sistemática de los síntomas. Los enfoques de terapia sexual basados en la conducta también puede ser útiles cuando el paciente manifiesta una reducción sumamente prominente de la actividad sexual y evita las situaciones íntimas.
2. Los grupos de apoyo también parecen ser beneficiosos para las personas que presentan síntomas postraumáticos. En el entorno de un grupo, tales pacientes pueden recibir apoyo emocional al encontrar a personas con experiencias y síntomas similares validando de ese modo su propia situación, y aprender una variedad de estrategias para afrontar situaciones y resolver circunstancias.
3. Para aquellos pacientes con síntomas particularmente perturbadores o graves, la Psicofarmacología (disciplina que estudia la acción de los medicamentos sobre los procesos psíquicos), puede proporcionarles un medio adicional de tratamiento”.

4.2 Más allá de una simple extirpación, el Duelo

Existe un trastorno de tensión postraumática que se desarrolla tras la extirpación de tejido mamario debido al cáncer y es el llamado "Proceso de Duelo".

La paciente y su familia sobreviven a la experiencia del cáncer, pero para muchas de estos núcleos familiares se desarrolla un sentimiento de pérdida por el tejido extirpado, por lo que para la mujer representa.

Inician un proceso en el que tienen que aceptar y comprender que la nueva oportunidad de vida, la imagen personal y "ser" no están peleados; este proceso se vive en distintas etapas: la negación, el miedo, el odio y la aceptación.

Pero ¿qué es el duelo?, de acuerdo con Carlos Cobo Medina, en su obra *El Valor de Vivir* publicada en el sitio www.iespana.es/La-Muerte-Humana/antologia3b.htm:

“Duelo viene de dolor (latín, *dolus*). Es el dolor moral ante la muerte de un ser querido o ante la anticipación de la propia; es decir, el dolor ante el morir y ante el morirse. Es prácticamente inimaginable hasta que no se ha vivido. El duelo es Muerte encarnada, encarada, descarnada.

Contra la barrera de la muerte se estrellan brutalmente la lógica y el sentimiento. Quizá la explicación sea que en todo duelo hay un autoduelo; todo muerto entrañable nos remite a nuestra propia muerte, nos descubre la verdad tenazmente ocultada.

Denominaremos "equivalente de duelo" a aquella situación en la que, sin que exista propiamente muerte física, la vivencia de separación y pérdida es tan intensa que cumple muchas de las características del duelo por muerte propiamente dicho.

Dentro de este apartado, consideraremos el *duelo evolutivo*, en el cual no hay pérdidas afectivas fuera del sujeto, sino dentro de él, que se deben a situaciones recónditas, incluso inconscientes, producidas durante su evolución normal. Son pérdidas "internas", que no se reconocen fácilmente, como, por ejemplo, cambios psíquicos, transformaciones del esquema y de la vivencia del propio cuerpo, (*en este caso la mastectomía*) acceso a nuevos estadios de la mente y alejamiento de antiguas etapas del desarrollo. Estos cambios, con posibilidad de duelo evolutivo, se dan en todas las edades de la vida”

En tanto, el Dr. Juan Carlos Mendoza, Jefe del Departamento de Psiquiatría del Hospital de Oncología del Centro Medico Siglo XXI del IMSS, explica: “Tras la depresión

causada por la noticia de un cáncer, existe otra etapa de depresión y se da tras la cirugía, ante el cambio de imagen, ante el hecho de perder un seno y perder un rasgo de feminidad muy importante.

La respuesta ante esta pérdida tiene que ver con la relación de pareja que se tenga, hay quienes le dan muchísima importancia a esto y otras que lo pueden tolerar bastante bien pues aunque fue una pérdida física no dañó su psique.

Hay otra reacción importante y es la familiar, la paciente se siente sola, y aunque se siente apoyada al principio al existir una preocupación legítima, más tarde la familia se aburre porque la paciente vuelve a la estabilidad de su rutina. La mujer con frecuencia siente que es una carga, porque la acompañan, por los gastos que origina, porque además hay un factor muy importante a considerar, estamos en una sociedad machista, en donde predomina el hombre, él se da sus preferencias y ventajas y la mujer continúa como una servidora y una esclava, es cocinera, lavandera y cuidadora de la casa, pero no se da su lugar como mujer, como esposa y como madre.

Es la propia mujer la que se siente y se ve como objeto, 'ya no puedo servir, ya no puedo hacer las cosas de la casa, ya no puedo lavar la ropa, ya no puedo hacer la comida' y esto provoca que se deprima porque ya no está cumpliendo con la función por la que está condicionada, de esclava.

Cuando los hombres se enferman los traen casi cargando, van como en una colmena a ver que se le ofrece, en cambio, cuando las mujeres se enferman lo común es escuchar 'ahí la llevas'".

4.2.1. La negación

Carlos Cobo Medina, en su obra *El Valor de Vivir*, publicada en el sitio www.iespana.es/La-Muerte-Humana/antologia3b.htm habla de la negación:

“Podríamos llamarla vivencia negadora o negante de la Muerte. Hay muchas modalidades humanas verbales y conductuales de negar en general. Desde el enfoque lógico-lingüístico o desde el punto de vista psicológico y de la conducta.

Sabemos que hay negaciones que afirman, en el fondo, lo que niegan en la apariencia. En este terreno, hay que distinguir la negación como mentira, como autoengaño, como ignorancia y como error. El grado más penetrante de negación en el ser humano es el que revela la personalidad negante, negadora o negativista”.

4.2.2. El miedo, el odio y la aceptación.

En el **GRUPO RETO** en la sesión de su sede en la colonia Condesa, una psicooncóloga presente detalló, con una participación espontánea, el proceso de duelo:

“La respuesta ante la noticia de una mastectomía depende de la personalidad previa.

Se genera en la paciente una depresión, fatiga corporal, es decir, una tristeza inaudita. No podemos esperar que una persona que no supera obstáculos pueda superar una mastectomía a la primera, pero una persona que supera obstáculos puede superar sin duda una extirpación como ésta.

Sin embargo, siempre existirá algo que se llama ‘miedo’, en México, Argentina o España siempre será igual, siempre se tendrá mucho miedo al enfrentarse a un cáncer, el miedo existe y todos las personas lo padecen, la reacción ante el hecho es lo que las diferencia.

El cáncer, o la simple palabra en sí genera un miedo a la muerte, mucha gente lo tiene durante toda su vida, pero el cáncer de mama es para quien lo padece la personificación de la muerte encarnada en un seno.

La gente durante toda su vida padece molestias como un dolor de estómago, de espalda o de cabeza, pero nunca le pasa por la cabeza que pueda morir de eso, en cambio el cáncer de mama, por lo general y en sus primeras etapas, no duele, por eso es que cuando se le hace saber a la paciente que lo padece se magnifica el miedo.

Es por eso que en mi caso, me gusta trabajar sobre este aspecto, pues existe una enorme diferencia en la respuesta de la paciente al tratamiento, cuando entiende exactamente a que nos estamos enfrentando.

Escucho a mis pacientes, ellas me dicen que les duele y que las descontrola y yo procuro aclararles lo que dentro del tratamiento es normal, en muchas ocasiones sienten que no están haciendo las cosas bien, que las recomendaciones son muy difíciles de realizar, sin embargo, lo importante es que ellas puedan hablar de esto y que como médico les dé la información más clara posible para que salgan lo más pronto de este trance. Pero repito, la respuesta anímica de cada paciente dependerá de su personalidad previa y del apoyo que su familia le brinde.

La paciente y su familia tendrán que aprender juntos a sobrevivir a una mastectomía, a un cáncer y al dolor y miedo que para la mujer representa todo esto.

Ella deberá tener conciencia de lo que representa una mastectomía, debe tomar una actitud diferente, debe saber que no se va a morir, tendrá que adecuar su vida, su trabajo, su familia y su pareja a la experiencia del cáncer, de esta forma al darle su lugar a cada aspecto de su entorno no se sentirá tan sola.

Es muy interesante tener a una paciente con cáncer en mi consultorio, porque en muchas ocasiones me dicen que nadie las quiere acompañar o quieren venir solas. Algunas pacientes me dicen que sus parejas o sus hijos no quieren acompañarla, lo que les hace sentir muy solas, desamparadas. En otros casos las parejas o los hijos si quieren acompañarlas, pero ellas dicen que no, que no hace falta, procuran no 'entorpecer' con su enfermedad a las actividades de su familia. Lo que no ocurre cuando otro miembro de la familia se enferma, ellas son las primeras en estar ahí.

Considero que tanto la paciente como la familia tienen que aprender a escuchar, la mujer debe considerarse por una vez en su vida, y los familiares deben perder ese miedo y asumirse como un apoyo real durante el tratamiento y después de él.

Por otro lado, la paciente debe también a aprender a escuchar a su cuerpo, lo que antes podía hacer ahora tal vez por un tiempo ya no pueda, por eso es que es importante que busque ayuda, en su familia o amigos y encare la mastectomía como un problema en el que no está sola.

Hay quien dice que aunque la acompañen y la cuiden se siguen sintiendo solas, sin duda caen en depresiones que provocan que su recuperación sea más lenta, y como adultos buscan en muchas ocasiones comportamientos destructivos, como las drogas o el alcoholismo.

Cada paciente es diferente y yo trato de explicarle su padecimiento de la mejor manera posible, abordando todos los aspectos que puedan causarle confusión para evitar que ella se sienta culpable por su enfermedad.

Creo que la noticia de la enfermedad es un golpe en la cabeza, pero se debe ver como una oportunidad nueva y única para que cambiemos, para que la vida signifique algo saludable, para que se quite el 'no puedo', la duda, el miedo, que se dé cuenta que al enfrentarse a esta enfermedad la hace más fuerte, les dije que si hubieran tenido un infarto se hubieran perdido de muchas cosas y con un cáncer de mama y la mastectomía tienen esa oportunidad.

Solo la muerte nos arrebatara esta oportunidad y eso no hay que olvidarlo nunca. Esta oportunidad que la da Dios o la vida hay que aprovecharla, disfrutar y luchar, pero no olvidando el valor que tiene.

Hay que saber que se tiene una gran posibilidad de vivir, enraizar este pensamiento en la mente, la mente es muy poderosa, para lo bueno y para lo malo, porque siempre vamos para los dos lados, pero se le hace saber a la paciente que en este momento tal vez exista la posibilidad de que se quede sin un pecho, o los dos, pero que esa posibilidad le esta dando la vida a cambio. Les pido que tomen esta posibilidad porque en muchos casos es la única opción. Esto significa que tienen que dar esta parte tan fundamental, algo que tienen que entregar para salvarse, porque la medicina que tenemos en estos momentos es lo que puede hacer por nosotros.

Creo que este proceso tan doloroso para la mujer no tiene porque ser solitario, ella debe pedir o exigir ayuda, con quien se siente más protegida, a la madre, a la hija, al hijo, a la pareja o porque no, hasta a el cura o a un vecino, debe asumir que ella no puede hacerlo todo y reconocer que necesitamos del 'otro'.

A mi parecer, entiendo que el amor es una red extraordinaria de solidaridad y en estos momentos la mujer esta más que necesitada de él, pero sin olvidar que también ella debe luchar por su vida.

A mucha gente le gusta estar siempre acompañada, una paciente me dice que a ella le gustan que le detengan la frente cuando vomita, por las sesiones de radioterapia y quimioterapia, porque es un momento terrible, ella se siente muy mal, pero no sólo físicamente, existe un sentimiento de enojo, de culpa, porque se siente como un castigo y tener a alguien que me sostenga la cabeza me reconforta, no me siento tan sola o tan triste.

Otra me dice que vive en ocasiones en el mundo de la obstinación, en lo que 'tiene que hacer y lo que quiero hacer', el levantarse, bañarse, vestirse, comer, o si no quiere lavar o planchar. Yo le digo que si no quiere planchar o cocinar no haga nada, debe tomarse su tiempo, su tratamiento y su enfermedad requieren su atención y su cuidado, requiere su tranquilidad, el que ellas escuchen su música, que caminen lo que quieran que salgan si lo desean al mercado, solas o acompañadas, requiere una toma de decisión de lo que ellas desean hacer con esa nueva oportunidad de vida. Lo importante es lo que ellas están aprendiendo todos los días sobre las decisiones de lo que quieren en su vida y buscar aquellas cosas que les agraden y no estancarse en la tragedia.

Hay que encontrar las cosas placenteras, algunas escogen bordar, pintar, etc, cada una debe encontrarse a sí misma en esto que significa: 'estoy, soy y esto es lo que hago'.

La meta es tratar de vivir de la mejor manera posible, sin torturarse por una mastectomía. Una paciente mía me platicó que para ella era como si sólo hubiera

quemado un poco una blusa, se repara, se cose y se continúa sin sentirse culpable.

Otra paciente, que tenía una hija estudiando preparatoria, me decía que su hija tenía mucho miedo de padecer un cáncer de mama también. En ocasiones puede ocurrir que la familia tenga miedo a un 'contagio' o a la 'herencia' y es lógico que un adolescente pase por ésto, pero la paciente debe centrarse en un momento concreto y ese 'momento' es su recuperación, debe comenzar a 'vivir con calidad'.

Hay quien se la pasa llorando y sufriendo por la vida, el chiste es vivirla, palparla y gozarla.

La gente que conserva la fe se mantiene viva, se puede sentir fe por algo o por alguien y gracias a ella la fuerza interna nunca se pierde a pesar de una mastectomía, si conserva su tranquilidad afectiva y fuerza en sanar y escuchar a su cuerpo. Si concentra toda su energía en atacar desde su mente a su tumor, esté donde esté. La mente debe marcar sus prioridades y hay que estar consciente de que la mente tiene un poder extraordinario, a parte de lo que Dios puede ayudar, la mujer puede imaginar un rayo de luz que vaya desde su cabeza a donde está su tumor y vea como este se va haciendo más pequeño, como su energía lo puede destruir. La paciente debe trabajar con su mente, este ejercicio es muy valioso, no hay que tratar de negar la enfermedad ella puede desde su mente atacarla.

Sin olvidar que lo que nos da esa fuerza es saberse amado y aceptado por uno mismo.

Muchas pacientes le tienen mucho miedo a los medicamentos oncológicos, en las quimioterapias algunas pacientes reaccionan muy mal, anímicamente, a los tratamientos, lo que se les recomienda es que primero se tranquilicen, deben concientizarse de que lo que están haciendo es lo mejor que tienen para evitar recaídas y que por supuesto, de la quimioterapia no se muere nadie.

Esto es muy importante, es de mucho impacto la primera vez que se recibe la quimioterapia, el miedo es muy importante controlarlo, el paciente reacciona mejor si lo supera, tiene menos mareos y menos vómito".

Dentro del **GRUPO RETO** existen testimonios que ejemplifican lo anterior:

Silvia Ramírez: "Mi médico era muy frío, no me miraba. Yo le dije que no me iban a ser nada, sentí mucha ira, ¿¿por qué a mí?!. Odiaba al doctor, a su diagnóstico y a la vida.

'Lo voy a pensar' les dije al final, me dijeron que debía firmar unos papeles de que no aceptaba el tratamiento, fue muy sarcástico.

Estuve un año renegando del cáncer, tomé agua de tlacote, me hice '*limpias*',

busqué remedios, fui a ver a otro médico y nada. Opte por la medicina alternativa, a los imanes al naturismo, creyendo que los médicos se habían equivocado y que la 'bola' iba a desaparecer. Mi tensión crecía constantemente, me sentía sola, no le dije a los demás que tenía miedo, me hacía la fuerte. Al pasar un año de mi diagnóstico, regresé y les dije que hicieran lo que tuvieran que hacer. Hoy cumpla un mes de operada y aún tengo rabia”.

Estela Martínez, madre de una joven con mastectomía comenta: “Tenemos un problema con mi hija, ella está muy deprimida y enojada con todos. No hace su vida normal desde de que la operaron; antes pudo comprarse unas blusas muy bonitas y ahora ya no las utiliza porque no quiere quitarse la chamarra, le digo que hay prótesis y pelucas, que no se jorobe, que en su trabajo y en la calle nadie lo iba a notar, 'claro que nos pega la vanidad, pero estás viva', por desgracia ella aún no lo entiende”.

María García narra: “Me resentí mucho con Dios, le dije: '¡Ya te pasaste conmigo, ya me mandaste cáncer, hipotiroidismo y diabetes, ya párale!'. Pero cuando me decía ¿Por qué a mí?, un amigo me dijo ¿Y por qué no?, le dije: 'tu no eres mi amigo'.

Necesito fortaleza para lo que viene, espero que el próximo jueves que tengo una cita con mi oncólogo me diga que ya no me da más quimio”.

4.3. Rehabilitación

Una de las etapas más importantes en cualquier tratamiento médico como éste, es la rehabilitación.

De acuerdo con la **Fundación Mariantonia Tous Carbó**, en su sitio www.fefoc.org:

“La prolongada supervivencia de pacientes con cáncer de mama ha evidenciado que la rehabilitación de las mastectomizadas es necesaria. Esta debe ser una faceta imprescindible en los programas terapéuticos coordinados y abordada conjuntamente por médicos, enfermeras, visitadoras sociales, pacientes y familiares.

Poco se ha adelantado en este terreno, inmersos los esfuerzos médicos en la problemática curación más que en la rehabilitación posterior de las pacientes. Pero igual que en otras enfermedades crónicas (el cáncer es una enfermedad crónica) el paciente debe afrontar todos los problemas relacionados.

El de la calidad de la supervivencia ha sido planteado recientemente. No es un concepto nuevo y sólo expresa que el cuidado médico de los pacientes no empieza y acaba con estrictas medidas diagnósticas y terapéuticas, por perfectas que sean: los aspectos sociológicos, psicológicos, económicos y familiares de las pacientes, sometidas a la amputación de una importante parte de su organismo, deben ser cuidadosamente afrontados.

El impacto emocional de un signo o síntoma de cáncer de mama comporta el miedo a una muerte prematura, a la mutilación, a la disminución del atractivo físico y de la actividad en general y miedo al complejo de media mujer, con pérdida del esposo. Concebida como una crisis en la vida de la paciente y de su familia debe ser enfocada convenientemente para que no se altere permanentemente la vida y la integración de la enferma en la comunidad familiar”.

4.3.1. Rehabilitación Física

A este respecto el boletín “ *Cuidados tras el Alta Hospitalaria* ” del Servicio de Cirugía del Hospital Obispo Polanco de Teruel de España en su sitio www.opolanco.es/Apat/Boletin13/#Psicología, de los Doctores María Isabel Lucia Plumed, Maite Millán Lucindo, Begoña Sánchez Casas, Teresa Silvestre Soriano y M^a Mar Soguero Pérez, indica:

“La mama es un órgano externo que tiene la función de amamantamiento, imagen de femineidad y base de erotismo. Con lo cual la mastectomía distorsiona la imagen que la mujer tiene de sí misma, haciéndola sentir mutilada, deforme e incompleta, supone una importante agresión física, estética y psicológica, que puede dejarle graves secuelas. A su vez la sombra amenazante de "cáncer" le lleva a destruir ilusiones, esperanzas y futuro.

Con el paso de los años las técnicas han evolucionado, pasando de ser técnicas muy agresivas a ser más conservadoras. La mastectomía que en la actualidad se realiza de forma habitual, es la mastectomía radical modificada, que no extirpa el pectoral mayor, por lo que las alteraciones músculo-esqueléticas son menores.

Las principales recomendaciones del personal de enfermería hacia la mujer mastectomizada irán dirigidas principalmente, hacia:

1. Aspectos psicológicos.

En este punto es muy importante la empatía de la paciente con el personal médico, durante el tiempo de hospitalización. Es necesario ofrecer una atención integral a la mujer y mostrarle nuestro interés y apoyo, no sólo por su parte enferma, sino por ella como ser humano.

La reacción de la mujer ante una mastectomía depende de tres factores:

- El grado de identidad femenina, en la constitución de su imagen corporal.
- De la propia personalidad de la paciente.
- De la existencia de problemática sexual o de relación de la pareja, anterior a la intervención.

La finalidad del apoyo psicológico será:

- Obtener una imagen satisfactoria de sí misma, elevando el nivel de autoestima; no olvidemos de que el pecho tiene un alto valor simbólico en la mujer y que permanece inalterable incluso en edades muy avanzadas.
- Preservar las relaciones de pareja, y tratar las frecuentes dificultades en las relaciones sexuales, ya que el rechazo a su propio cuerpo y la ansiedad que acarrea, dado el proceso, dificultan o anulan en ocasiones la vida sexual de la mujer.
- Apoyar las relaciones con la familia, los amigos, incluso asesorando a la familia respecto al comportamiento a seguir con la paciente.
- Facilitar la comunicación entre el personal médico y la mujer, adecuándose la relación terapéutica a las necesidades de la mujer.
- Aflorar los aspectos de personalidad más maduros de la mujer.

Todas éstas, son tareas que hay que emprender desde los primeros días, tras la intervención. Para ello se puede utilizar, dependiendo del caso, psicoterapia

individual o bien, la formación de grupos de autoayuda, coordinados por un terapeuta.

En el momento del alta hospitalaria, el personal de enfermería, le informará de la existencia de grupos de ayuda y asociaciones.

2. Rehabilitación y ejercicios físicos.

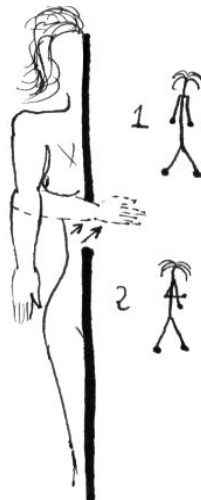
El objetivo de la rehabilitación, es realizar los movimientos del hombro, flexión, extensión y rotaciones externas e internas, con mayor estímulo. Deben ser ejecutados de forma suave, progresiva y sin brusquedades, con el fin de evitar el edema del brazo y del tórax, ya que al hacer un vaciamiento axilar el drenaje linfático y venoso es deficiente.

La mujer mastectomizada sentirá sensación de insensibilidad y acorchamiento, que desaparecerá poco a poco.

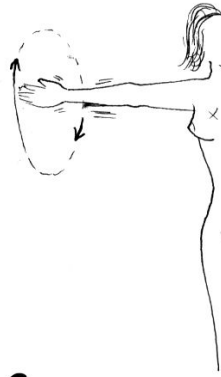
La rehabilitación se iniciará a las 24 o 48 horas de la intervención. Los ejercicios a realizar son (ver figuras):

A.- Ejercicios activos libres

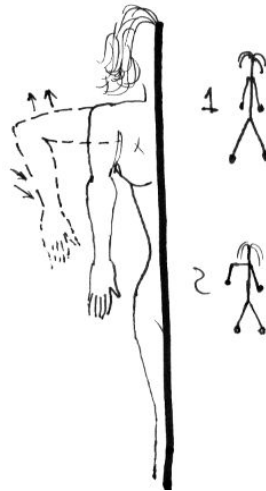
Flexo-extensión del hombro, codo, muñeca y dedos.



Abducción (movimiento por el cual un miembro o un órgano cualquiera se aleja del plano medio del cuerpo) muy suave del hombro y rotaciones interna y externa en aducción del hombro.



Cuando se haya llegado a la flexión del hombro de 90° , se iniciarán las rotaciones en abducción sin forzar.

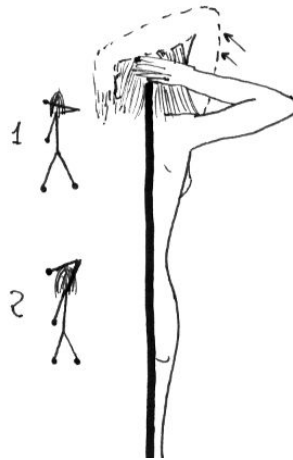


B.- Ejercicios isométricos: ejecutar contracciones estáticas suaves con la extremidad en elevación.

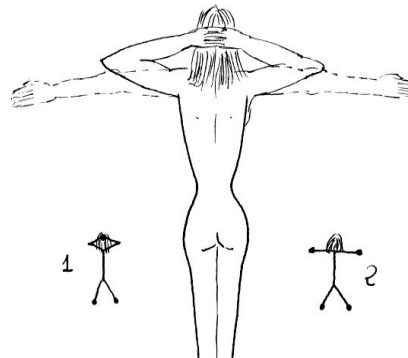
C.- Ejercicios combinados:

Llevarse la mano a la nuca.

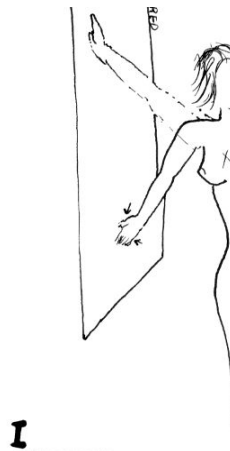
Llevarse la mano a la cabeza y a la oreja contraria: lo que equivale a abrocharse el delantal, el sujetador, o el collar.



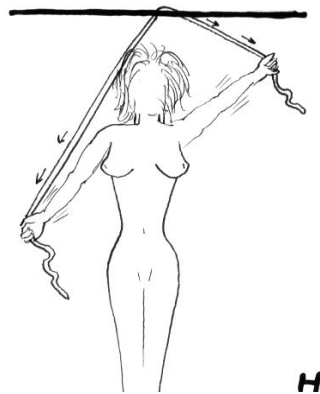
Poner los brazos en cruz.
Brazos en cruz y a la nuca
Brazos en cruz y abrazo.



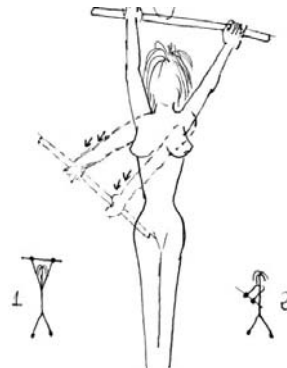
Contar baldosas en la pared, de frente y de perfil, que equivale a: limpiar cristales, arreglar armario o estantería, colocar cortinas, limpiar lámparas.

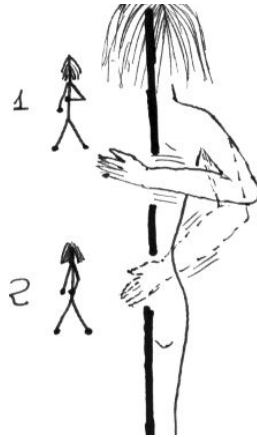


Ejercicios con poleas: colocando una cuerda en la barra de la ducha, por ejemplo y subir y bajar con ambos brazos; equivale a secarse la espalda con la toalla de baño.



Ponerse de cara a la pared con los brazos elevados, doblar y estirar los codos; equivale a : coger pelota de goma, tirarla y cogerla, a jugar a los bolos.





3. Cuidados y recomendaciones generales

Los cuidados generales van encaminados a evitar posibles complicaciones en el brazo afectado y a detectarlas precozmente:

- Uso de guantes protectores para actividades que comporten un riesgo: jardinería, cocina, utilizar dedal para coser, llevar guantes de goma cuando se utilicen detergentes fuertes o estropajos de fibras metálicas.
- Evitar compresión en mangas y puños.
- No usar joyas que puedan comprimir la extremidad: anillos, pulseras, relojes, etc.
- No exponer la extremidad al sol sin utilizar crema con filtro solar, FP 15 o superior.
- Evitar en el brazo afectado inyecciones, vacunas y tomas de presión sanguínea.
- Prevenir el sobrepeso, evitando el exceso de sal en las comidas.
- Practicar la natación.
- Mantener el brazo en elevación el mayor tiempo posible y durante la noche.
- Aplicar crema de manos para evitar la piel seca.
- Emplear rasuradora eléctrica para quitarse el vello axilar, con el fin de evitar la erosión de la piel.
- Emplear repelente de insectos para evitar las picaduras.
- Evitar quemaduras (plancha, cigarrillos, cocina) en el brazo afecto, y en caso de que éstas se produzcan: aplicar hielo y dejarlo expuesto al aire hasta que se rompan las ampollas. Después lavarlo con agua y jabón, aplicar solución

antiséptica (yodo) y cubrir el área.

- Ante cualquier herida en el brazo afectado, lavarlo con agua y jabón, aplicar solución antiséptica (yodo) y cubrir.
- Acudir al médico si se presenta enrojecimiento, dolor o si aumenta la hinchazón.
- Ducharse manteniendo el chorro del agua alejado de la incisión y secar bien, para evitar laceraciones.
- Utilizar cremas hidratantes y dar masajes en la zona de la cicatriz para evitar adherencias a planos profundos y lograr una cicatriz elástica.
- Debe explicarse a la mujer que el proceso de cicatrización durará más o menos 30 días y que posiblemente le quedé una cicatriz más o menos ancha".

En torno a las complicaciones posteriores a la cirugía la **Fundación Mariantonia Tous Carbó**, en su sitio www.fefoc.org, detalla:

“Tanto la cirugía como la radioterapia pueden causar complicaciones. La fibrosis posradioterapia se presenta con demasiada frecuencia, con impotencia funcional o limitación de los movimientos en la extremidad homolateral. Las alteraciones de la movilidad del hombro son frecuentes, así como el linfedema. Muchas de estas complicaciones se desarrollan por tratamientos incorrectos.

El perfeccionamiento de la terapéutica llevada a cabo por expertos y el empleo creciente de tratamientos menos mutilantes facilitarán (sí se demuestra definitivamente su eficacia) la disminución de complicaciones indeseables”

4.3.2 Prótesis y Cirugía Plástica Reconstructiva

El artículo *Reconstrucción de la Mama tras Mastectomía* de F.J. Escudero, J. Oroz, M.J. Pelay publicado en el sitio <http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol20/biblio3/brevis1.html> señala:

“Dado que las mamas de la mujer son consideradas un símbolo esencial de la feminidad desde tiempos remotos, la reconstrucción mamaria debe considerarse una parte esencial del tratamiento y rehabilitación de las pacientes portadoras de cáncer de mama, habiéndose demostrado que disminuye los trastornos psicológicos asociados a la mastectomía. Estos incluyen depresión, sensación de falta de

feminidad, una imagen corporal negativa y la pérdida del interés sexual. La mujer reconstruida suele obtener una sensación de apariencia física mejorada, con aumento de la confianza en sí misma y de la autoestima. La imagen corporal positiva suele favorecer también el interés por las relaciones sexuales. Dicho efecto es debido probablemente a la liberación de las inhibiciones sexuales, causadas por sentimientos negativos producidos por la mastectomía.

La reconstrucción mamaria puede realizarse de forma inmediata tras la mastectomía, o como procedimiento diferido tras un intervalo de tiempo. Para muchas mujeres con cáncer mamario, supone un gran trauma psicológico enfrentarse simultáneamente al problema oncológico y también a la pérdida de la mama. La reconstrucción inmediata puede proporcionar un gran beneficio psicológico a la paciente mastectomizada y, por ello, disfruta actualmente de una gran popularidad. Sin embargo, se asocia a un porcentaje mayor de complicaciones, tales como necrosis tisular, dehiscencia de suturas, seroma e infección. Estas complicaciones están relacionadas principalmente con el adelgazamiento de los tejidos preservados, tensión a la que son suturados y realización de dos procedimientos quirúrgicos en el mismo acto operatorio. Por otra parte, la reconstrucción diferida presenta el inconveniente de que la paciente tiene que convivir con el defecto mamario, asociado a repercusiones psicológicas y sociales, hasta que se realiza el procedimiento reconstructivo. Sin embargo, este retraso permite que los tejidos conservados tras la mastectomía se normalicen, tras superar la fase inflamatoria y la tensión a la que son suturados, reduciéndose la predisposición a desarrollar complicaciones locales.

La reconstrucción, tanto inmediata como diferida, puede realizarse mediante prótesis mamarias de silicona o con tejidos autógenos. En algunas técnicas se combinan ambos métodos. La selección del procedimiento reconstructivo dependerá de factores diversos, tales como el tipo de mastectomía, calidad y cantidad de los tejidos preservados, y estado general, pronóstico oncológico y preferencias de la paciente. La radioterapia administrada antes o después de la reconstrucción puede alterar la piel mamaria, predisponiendo a la fibrosis, pérdida de la elasticidad y ulceración cutánea. Este tratamiento puede malograr el resultado reconstructivo, especialmente si se emplean materiales protésicos”.

En tanto, el boletín citado en este capítulo se menciona a este respecto:

“Cuando la paciente abandona el hospital, es de desear que su aspecto exterior sea lo más normal posible, de cara a sí misma y hacia los demás, para lo cual se le indicará la existencia de prótesis: las hay internas y externas.

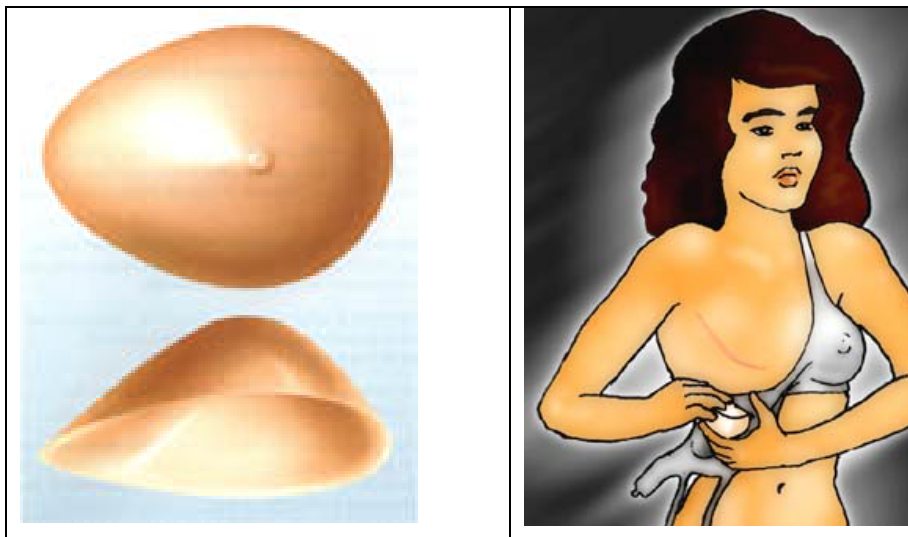
Reconstrucción con prótesis:

- Externas

La primera prótesis que se colocará será una fabricada con materiales suaves (algodón) que no irritan la piel y que se adaptan bien, utilizando los sujetadores especiales que existen en el mercado (ortopedia). Se pueden colocar en el momento que se han retirado los puntos de piel.

Las prótesis de silicona se colocan a los 30 o 40 días, cuando el proceso de cicatrización ha terminado, salvo en pacientes con "colgajos" o que hayan sido tratadas con radioterapia, se esperará hasta que la piel esté íntegra.

Las prótesis externas son suaves y flexibles, tienen una buena tolerancia cutánea, no producen alergias, tienen un tacto graso, en contacto con la piel adquieren rápidamente la temperatura corporal, resisten bien el calor y no se alteran en contacto con el agua, se secan rápidamente sin retener humedad. Las hay de diferente peso, tamaño y formas para adaptarse a la anatomía de cada mujer.



Los cuidados de las prótesis son: no golpearlas, no exponerlas a temperaturas altas, lavarlas cada 4 ó 5 días con jabón neutro y agua templada; y cambiarlas cada 2 ó 3 años.

- Internas

Expansores titulares (ver figura siguiente): esta técnica consiste en colocar, tras la intervención o posteriormente, un "expansor" subcutáneo en el lecho de la mastectomía. Es una prótesis expandible que, mediante solución salina en su interior (pequeñas cantidades en diferentes tiempos) va aumentando de volumen y expandiendo los tejidos.

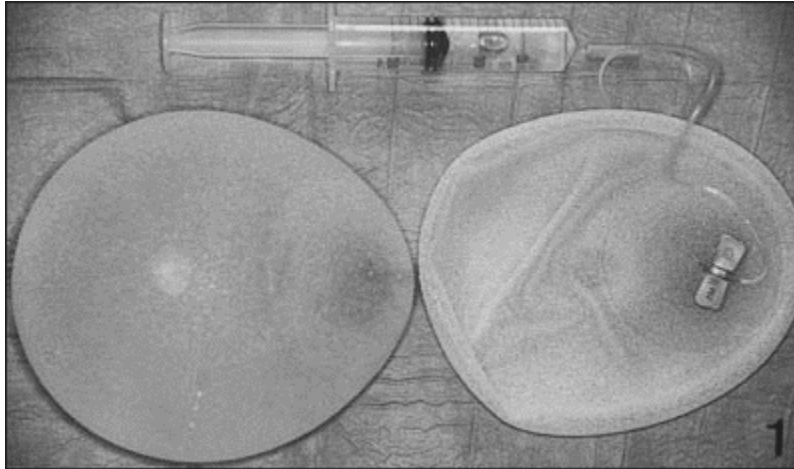
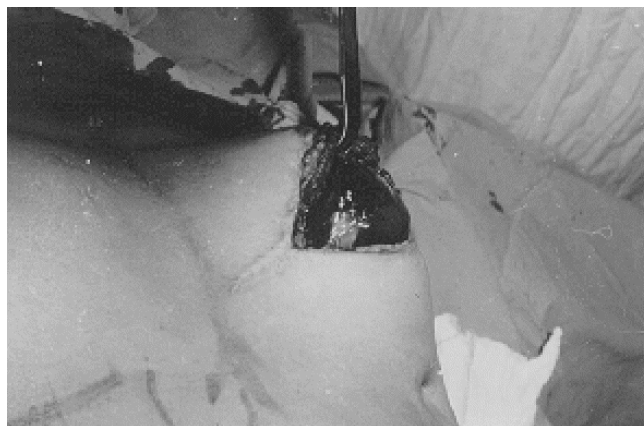


Figura 1. Expansor mamario anatómico, de superficie rugosa, con válvula de inyección incorporada en el polo superior. La inyección de suero fisiológico, mediante una jeringa conectada a la válvula, produce el llenado del expansor.

Prótesis definitivas internas de silicona. Estas tienen forma anatómica, y se pueden colocar en el hueco dejado por el expansor tisular (fotografías del sitio bvs.sld.cu/revistas/onc/vol14_2_98/f104298.jpg)



Colocación del implante.



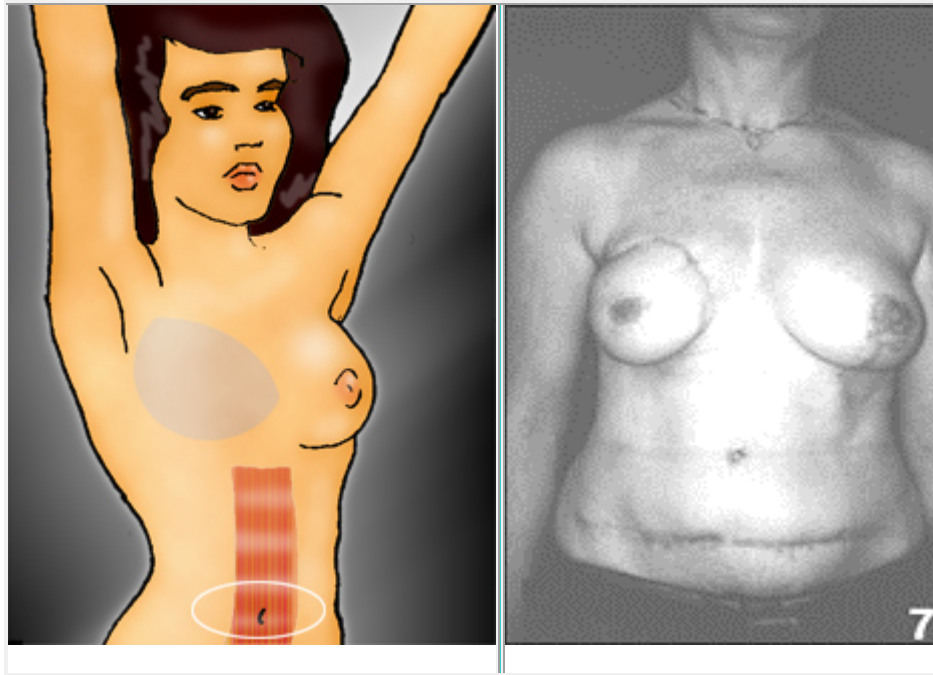
A los 60 días de haberse colocado el implante.



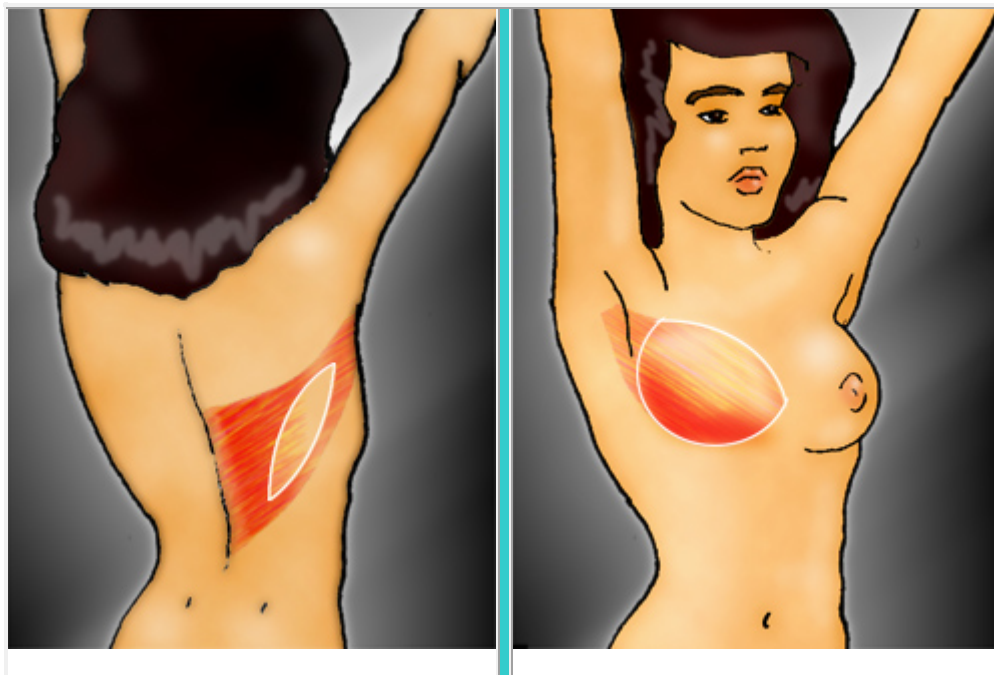
Vista del tatuaje del pezón

Reconstrucción con colgajos miocutáneos.

Reconstrucción mediante colgajo abdominal, del músculo del abdomen.



Reconstrucción mamaria mediante colgajo, del músculo de la espalda del mismo lado.



La finalidad de las prótesis y de la reconstrucción mamaria es:

Lograr un volumen en el lugar de la mastectomía.

Lograr una simetría en cuanto a su forma y posición".

A este respecto, el sitio
[/www.tuotromedico.com/temas/cirugia_para_el_cancer_de_Mama.htm](http://www.tuotromedico.com/temas/cirugia_para_el_cancer_de_Mama.htm), indica:

“La reconstrucción mamaria no es ni mejor ni peor para una posible reaparición del cáncer. Es importante que usted y su cirujano discutan sobre las distintas opciones posibles para la extirpación del cáncer así como para la reconstrucción de la mama. Es conveniente que un familiar o amigo tome parte en esta discusión para ayudarle a tomar la mejor decisión”.

4.4. No soy la única y no estoy sola, Grupos de autoayuda

De acuerdo con la NCI en su sitio de internet cancer.gov/cancer_information/#7.4:

“El que las pacientes mastectomizadas se reúnan entre sí, es un esfuerzo muy importante, ya que pueden convertirse en difusoras de la información que ellas han vivido, pueden promover entre sus conocidas el papanicolau o la mamografía. Cada una de ellas es una voz de valentía, el simple hecho de hablar sobre su enfermedad es enfrentar ese miedo a la muerte y cuando se reúnen distintas mastectomizadas y hablan de su experiencia pueden reconfortarse mutuamente, no existe entre ellas mayor diferencia, todas son parte de una lucha personal y de género muy importante. Los grupos de apoyo suelen ayudar con frecuencia a las personas que sufren de trastornos de tensión postraumática. En el ambiente grupal, las personas tienden a recibir apoyo emocional, conocer a otros pacientes en situaciones similares y aprender técnicas para manejar la situación”.

Existen en México distintos grupos de este tipo, unos encabezados por instituciones privadas y otros por el entidades gubernamentales: entre los que más se destacan son: GRUPO NUEVA IMAGEN y GRUPO RETO.

4.4.1. GRUPO NUEVA IMAGEN

El psiquiatra Juan Carlos Mendoza es responsable del Departamento de Psiquiatría del Hospital de Oncología del Centro Médico Siglo XXI, ubicado en Av. Cuauhtémoc No. 330, colonia Doctores en la ciudad de México y coordinador de los Grupos de Autoayuda para pacientes oncológicos:

“El **GRUPO NUEVA IMAGEN** se reúne en el auditorio de este hospital los martes de 9:00 a 11:00 de la mañana; nuestra meta es levantar la autoestima de la mujer. La mujer es un ser humano digno, valioso y respetable, no es un objeto sexual, no es un objeto de la casa. Sin embargo, la primera que lo debe sentir es la mujer.

Algunas se colocan prótesis para verse mejor, aunque son necesarias para evitar problemas de columna, muchas las utilizan para sentirse aceptadas, para seguir “funcionando”, aún con tratamientos (radio o quimio) continúan haciendo las labores de la

casa, como si nada, tienen que seguir aguantando las groserías y arbitrariedades de los hijos y el esposo.

Su vida en ocasiones no cambia, sigue funcionando como proveedora, como objeto utilitario y lo más importante y dramático 'no se quiere', observa que recibe cosas muy desagradables a cambio, 'me he hecho cirugía, quimioterapia, radioterapia y aún así no hay consideración para mí en mi casa'.

Para lograr que la persona cambie esa concepción de sí misma, tenemos que tomar en cuenta la personalidad previa. Si una persona es pesimista y enfrenta algo que la deprime más, más pesimista se hace, o al contrario, si una persona es optimista y tiene este problema debemos actuar de forma distinta.

Muchas mujeres tienen que cambiar su concepto de ser mujer-objeto útil a ser una mujer y una mujer sin pecho, dentro de un entorno social machista donde debe ser muy femenina, con duro y levantado trasero y con grandes pechos, pero ella no tiene, tiene una rayita. La mujer no porque pierda una pierna o pierda un seno, o porque pierda los dos, deja de ser mujer, sigue siendo ser humano, mujer, esposa, ama de casa, madre, pero ella lo tiene que entenderse así y reforzar su presencia. Porque sí la mujer se devalúa y quiere dejar su presencia en el mundo a través de sus cualidades físicas, realmente es muy superficial, está 'colgada de alfileres' y debe tomarlo en cuenta toda su vida.

Si desde niña se le ha inculcado que vale por sus "pechos", por su cuerpo, por su presencia y sufre una agresión (la mastectomía, por ejemplo) en uno de sus órganos, es un daño moral muy fuerte, que, sin embargo, tiene que superar. El problema del tumor conlleva a tener cuestionamientos filosóficos - existenciales importantes, porque cuando se presentan esos problemas, son inesperados, cambian su vida en un instante, en un minuto le pueden decir 'tienes cáncer'. Esto es lo que conlleva a un razonamiento filosófico existencial muy importante y la lleva a preguntarse: ¿Por qué?.

Lo que la hace salir adelante es sin duda el apoyo y la comprensión familiar, la presencia del esposo y de la gente que la rodea. Escucho muchas veces que se quejan de que en su casa les dicen: 'te estás haciendo tonta' o que el esposo le reproche 'la diabetes es peor, tu no tienes nada, yo estoy más enfermo que tu', esto nace de una concepción machista y de la ignorancia, pensamos que la mujer no se enferma y cuando se enferma se sobrepone, camina y hace sus cosas, en cambio el hombre se tumba en la cama.

Las mujeres se sobrepone a su enfermedad y quieren llevar una vida de relación,

de pareja y sólo recibe agresión. Es muy difícil, en ciertas familias, que tomen la responsabilidad que les atañe, quieren que la mujer siga siendo un objeto utilitario, que lave su ropa y haga de comer; en otros países en cuanto a la mujer se le detecta este problema, se desencadena un mecanismo institucional para brindarle inmediatamente información médica y psicológica para ella y su familia, en cambio, en México estamos muy alejados de esto.

Cuando la gente se refugia en Dios y le concede la voluntad para decidir el momento de su muerte, hablamos de un mecanismo de defensa, de racionalización.

Racionalizarlo es dejar en otro la responsabilidad, darle una razón a un acontecimiento, 'esto ocurre porque Dios quiere', le damos este razonamiento y a eso nos atenemos.

Creo que sí es importante que la gente fortalezca su fe, cualquiera que sea su creencia, pues esta enfermedad hay situaciones bastante angustiantes, existen cuestionamientos muy fuertes: '¿Ésto es o no un castigo?', cuando en realidad es provocado por relaciones multifactoriales, por lo que hay que fortalecer la fe para que no se desmoralicen tan fácilmente.

Desde el punto de vista psiquiátrico debemos tener respeto a las creencias, no cuestionarlas e incluso fortalecerlas.

Siempre deben reflexionar sobre este cambio, pues siempre se van a provocar transformaciones importantes en sus vidas, porque deben reflexionar en esta oportunidad de volver a vivir y vivir con más 'calidad', no vivir deprimidas o insatisfechas o igual de superficiales".

Durante una sesión ordinaria de este grupo puede haber de 20 a 25 personas, todas ellas con rostros tristes, pocos pueden o quieren sentarse en las primeras sillas. El salón donde se reúne GRUPO **NUEVA IMAGEN** está situado en el Hospital de Oncología del Centro Médico Nacional Siglo XXI, en el tercer piso.

Son las 9:00 de la mañana y poco a poco van llegando no todas las asistentes han sido mastectomizadas, hay tres hombres y una mujer que fungen como "acompañantes". Su "enfermita" aún los necesita, las demás vinieron solas.

El ambiente es más bien tenso, de expectativa, quien viene por primera vez ha sido invitada por las voluntarias del hospital o por recomendación de su médico, no sabe que esperar, sólo quiere callar, escuchar, llorar.

Sin embargo, las que llevan un poco más de sesiones, hay quien sigue asistiendo a grupos de autoayuda por el resto de su vida, llevan la voz cantante, presentan al grupo a

los recién llegados y explican sus objetivos "devolver un poco de normalidad y alegría a la vida después del cáncer, motivando a las pacientes para que sepan que tuvieron y como pueden afrontar mejor su recuperación".

Empiezan las preguntas, esas que a los doctores no se les pudo hacer, muchas veces porque ellos están muy ocupados o porque se consideran nimiedades:

-¿Se puede rasurar las axilas después de una mastectomía?

-Si, pero con cuidado.

Se hacen recomendaciones:

- No se deben bañar con jabón, sólo con agua y secarse sólo por contacto, no frotar y no usar desodorante.
- La radioterapia quema la piel, usar ropa de algodón, sin costuras para que no se roce la piel, cuando se tiene la radioterapia no use prótesis.
- De por vida hay que cuidar el brazo, no cargar cosas pesadas y hacer siempre ejercicio. Si se forzan se inflaman. Si sacaron ganglios es más fácil que se inflame.
- Evitar jalar, empujar y cargar en exceso.
- Si se es diestro se tiene que empezar a trabajar con la izquierda o al revés
- Ya no se pueden asolear, hay que usar bloqueador por la radiación que se les aplicó.

La dinámica del grupo incluye la realización de ejercicios con música acompañante:

- Círculos con brazos extendidos, aplaudiendo suavemente abajo y arriba.
- Con brazo derecho se sube y toca oreja izquierda y al revés.
- Manos a la nuca y giros suaves a cada lado.
- Brazos extendidos tocar hombros.
- Subir brazos y bajar el codo a 90 °.
- Brazos y codos flexionados a 90°, cruzarlos por el pecho y extenderlos.
- Hombros girarlos hacia delante con manos a la cadera.
- Brazo y pie de mismo lado hacia el frente (dar un paso adelante y atrás), alternar.
- Mismo movimiento anterior pero hacia los lados.
- Paso a un lado subir los 2 brazos extendidos hacia ese lado.
- Paso adelante y atrás brazo girando hacia adentro (del mismo lado extendido).
- Sentadillas con brazos extendidos, conforme se sube los brazos quedan por arriba de la cabeza.
- Brazos extendidos adelante, juntar manos girar formando círculos.

Para finalizar se realiza un “concierto”, éste se conforma por la participación de todos los presentes, a los cuales se les proporciona la letra de diferentes canciones y con la pista de fondo deben seguir el ritmo y la letra elegida para cantarla, a cada participante le corresponde ya sea un renglón o una estrofa completa, todo depende del número y ánimo de los asistentes.

4.4.2. GRUPO RETO - Condesa

Otra opción de recuperación dirigida en sesiones de autoayuda es el **GRUPO RETO** o Grupo de Recuperación Total A.C., el cual tiene su sede en Benjamín Franklin No. 64, col Escandón y de acuerdo a su carta de presentación tiene como objetivo fundamental:

“Lograr la recuperación física y emocional de las pacientes afectadas por cáncer mamario. Se les proporciona asistencia y orientación psicológica, para reintegrarlas más rápidamente a su vida activa normal, tanto dentro de su familia como de su grupo social. De igual forma, el Grupo imparte cursos para la educación, orientación y difusión de los medios para prevenir y/o detectar oportunamente el cáncer de mama. Así mismo, ayuda a enfermas con tratamiento de quimioterapia, proporcionándoles los medicamentos requeridos para el mismo. Fabrica prótesis de poliuretano, prendas de vestir y otros productos relacionados con los objetivos de la Asociación. También ofrece consulta médica oncológica especializada en sus instalaciones actuales.”

En este mismo documento se detallan los antecedentes para la fundación de este grupo:

“Fue fundado por Cecilia Vildósola de Sepúlveda, quien al haber experimentado una operación de cáncer de seno y haber enfrentado los problemas de soledad, angustia e ignorancia de esta enfermedad trata de ayudar a las mujeres que como ella, pudieran encontrarse en el mismo caso”.

GRUPO RETO inició sus actividades en abril de 1983 y está integrado en su mayoría por mujeres que han pasado por una mastectomía y realizan una labor voluntaria para beneficiar a otras pacientes, que se encuentren en las mismas circunstancias.

Desde sus inicios cuenta con distintos programas:

- **“Programa de Rehabilitación Física y Emocional:** Consiste en sesiones de apoyo físico y emocional semanal en el Instituto Nacional de Cancerología, Hospital General de México, Instituto Nacional de Perinatología, Hospital Central Militar, Hospital Escandón y Casa Reto. De 1983 al 2001 se llevaron a cabo 2,273 sesiones, atendiendo a 63,586 personas, en visitas hospitalarias se atendieron 6,492 y se dio apoyo telefónicamente a 18,409 llamadas.
- **Programa Educativo para la Detección Oportuna de Cáncer Mamario:** Se imparte en escuelas, empresas, instituciones, tanto en el Distrito Federal como en el área conurbada. De 1983 al 2001 se llevaron a cabo 614 programas con una asistencia de 164,014 personas y se entregaron 273,113 folletos.
- **Programa de Quimioterapia:** Se lleva a cabo en el Instituto Nacional de Cancerología y en el Hospital General de México y beneficia principalmente a mujeres de escasos recursos, proporcionándoles el tratamiento que cada una de ellas requiere. Las pacientes son canalizadas por los médicos oncólogos de dichos hospitales. De 1983 al 2001 se dieron 10,464 tratamientos y se enviaron medicamentos oncológicos a los estados de Querétaro, Oaxaca, Baja California Sur y Guerrero.
- **Programas de Recaudación de Fondos: GRUPO RETO** realiza distintas actividades a través de las cuales recibe donativos.
- **Programa de Fabricación de Prótesis (con Peso):** Se inició en 1987, son de poliuretano con tecnología proporcionada por la Universidad Nacional Autónoma de México. De 1987 al 2001 se elaboraron para **GRUPO RETO** y para un programa especial del Sector Salud alrededor de 50,000 unidades.
- **Mastógrafo: GRUPO RETO** fue elegido por Avon de México, S.A. de C.V. para recibir el donativo de la 1ª Cruzada Nacional contra el Cáncer en la Mujer, mismo que se empleó en la adquisición de diez mastógrafos que se entregaron a los siguientes lugares:

Instituto Nacional de Cancerología de México, Hospital General de Cuernavaca, Hospital General Dr. Miguel Silva en Morelia, Hospital General “C” de Durango, Hospital Metropolitano “Dr. Bernardo Sepúlveda” de Monterrey, Hospital General de Querétaro, Hospital Civil Dr. Aurelio Valdivieso de Oaxaca, Hospital General de Zacatecas, Centro Oncológico de Tabasco, Centro Estatal de Cancerología de Colima..

Además se adquirieron dos mastógrafos que se entregaron al Hospital General de Matamoros “Dr. Alfredo Pumarejo” y al Centro de Diagnóstico y un Ultrasonido que se entregó al Hospital General de México”.

4.4.3. FUNDACIÓN CIMA

En la actualidad ha surgido una asociación no gubernamental que busca ayudar a combatir el cáncer de mama: Fundación CIMA. Ubicada en Bosque de Duraznos 69, piso 11, despacho 1107 Bis, Bosques de las Lomas en la Ciudad de México y de acuerdo a una entrevista proporcionada al Grupo Reforma, el día 26 de Septiembre del 2002, por su fundadora, Alejandra de Cima:

“La fundación CIMA o Asociación Mexicana contra el Cáncer de Mama, A.C. es un organismo no gubernamental sin fines de lucro que nace en el 2002 para difundir información actualizada que permita dar una nueva esperanza a las mujeres mexicanas que padecen cáncer de mama.

Su experiencia le hizo crear la Asociación Mexicana contra el Cáncer de Pecho a través de la Fundación CIMA que ella preside, y con este proyecto pretende salvar las vidas de muchas mujeres: ‘Pues como todas las mujeres, nunca pensé que me pudiera pasar, sin embargo tuve muchísima suerte de encontrarlo a tiempo, muy, muy a tiempo, sigo en tratamiento, pero estoy perfecta.’

‘Me dí cuenta de la falta de información que teníamos aquí en México, me dí cuenta de que faltaban muchísimos esfuerzos, y me sentí tan afortunada de haberme salvado que no me pude quedar sentada sin hacer nada y ver cómo muchísimas mujeres se mueren y se mueren por esta enfermedad’.

La misión de la Fundación CIMA es educar e informar a la sociedad mexicana sobre diversas formas de prevención y tratamiento de cáncer de mama para ayudar a reducir el número de muertes debidas a este padecimiento.

Sus objetivos son los de ofrecer información a la sociedad mexicana sobre el cáncer de mama para fomentar las prácticas de detección oportuna y, con ello, reducir los fallecimientos relacionados con esta enfermedad y fijar las líneas de acción a mediano y largo plazo, así como establecer una red de voluntariado y patrocinadores. También se organizan actividades para recaudar fondos y llevar información sobre autoexploraciones a sitios y eventos estratégicos. Bajo esta línea se busca organizar foros, pláticas y conferencias de orientación para diversos públicos de la sociedad mexicana.

Ofrecer alternativas para una mejor calidad de vida brindando apoyo emocional y

psicológico a las mujeres afectadas y a sus familiares

‘Algunos de las entidades más afectadas y donde se empezará a trabajar en la eliminación de esta enfermedad son el Distrito Federal, Estado de México, Jalisco, Nuevo León, Veracruz, Chihuahua, Guanajuato, Michoacán, Coahuila y Puebla, al igual que en las regiones indígenas’.

CAPITULO 5. VIVIR COMO ANTES

5.1. La vida continúa

“La vida es demasiado bella para medirla por un seno”, así lo afirma Silvia Gil. Cuando se le ve en la calle, no se puede imaginar que haya pasado por quimioterapias, mutilación y dolor, su peinado corresponde a quien tiene un desayuno formal con sus amigas. Tampoco se distingue que se trata de una excelente peluca de un color rubio cenizo, el gasto que representó valió la pena, no le gustaba su cabeza con turbante y menos su aspecto de “rodilla lustrada”, según sus propias palabras.

El maquillaje no esconde nada, al contrario resalta sus facciones afiladas pues bajo mucho de peso por los tratamientos, “voy a reponerme, ya le estoy entrando a todo”. Las arrugas no le gustan, pero a sus 60 años ya son parte de su “personalidad”, su caminar pausado pero firme enfatiza que el cáncer no fue un enemigo digno de ella.

Sin embargo, para muchas mujeres con mastectomía, el regresar a la normalidad se vuelve la meta, el reto a vencer, como los señala la Dra. Patricia Núñez de Montserrat en su obra “**Cáncer de Mama**” publicada en el sitio <http://www.aventispharma.com.ve/Mamas.htm>:

“Cada mujer tiene su propia manera de enfrentar el cáncer de mama y su tratamiento. Algunas encuentran consuelo conversando con amigos o uniéndose a grupos de soporte. Algunas deciden cambiar hábitos de vida, escuchar música, hacer ejercicio, etc. Sin embargo el mejor método es aquel que funcione para cada quien. Conversar con el médico, con la pareja, con la familia, el entorno familiar y de amigos es muy importante para ayudar a enfrentar esta enfermedad.

La vida cotidiana continúa y debemos tratar de seguir adelante.

Un diagnóstico de cáncer de mama no es el fin de la vida, es más bien un reto personal y familiar. Es importante enfrentarlo con coraje y una gran dosis de amor y de paciencia. Todos podemos vencerlo, no hay que tener miedo, pues hoy en día el cáncer de mama es curable”.

A este respecto, el sitio <http://www.cancerlinks.com/index.html>, da algunas sugerencias para que, la mujer y su familia puedan lograr salir adelante en los problemas ocasionados por el cáncer mama y la mastectomía:

“Sus sentimientos: Es muy importante que dé la más alta prioridad a sus sentimientos durante el curso de su diagnóstico, tratamiento y recuperación. Aunque

esto suene obvio puede ser difícil de lograr. Muchas mujeres están acostumbradas a dar prioridad a las necesidades de otros, ya sea las de los hijos, de su pareja o de los amigos. Las mujeres que tienen una tendencia natural a ayudar a otros, difícilmente piden ayuda para sí mismas. Recuerde que el cuidado que se pueda dar a sí misma y el acudir a quienes la puedan apoyar es esencial para su mejoría. Su recuperación emocional debería ser tan deliberada como su recuperación física.

Cúidese: Dedíquese a actividades que la hagan sentir bien y le sean placenteras. No necesariamente tienen que costar mucho dinero. Una caminata por el parque, sentarse en el jardín, cuidar sus plantas o escuchar música. Trate de deshacerse de actividades y responsabilidades que le resulten física y emocionalmente agotadoras. Determine prioridades. Haga las cosas que le produzcan satisfacción; trate de evitar los ‘tengo que’ y los ‘debería’.

Sea honesta consigo misma. Para recibir apoyo de otros necesita saber qué es lo que requiere de ellos. Ésta es una época de introspección, es tiempo de explorar sus sentimientos, sus necesidades y sus deseos. De manera que debe tener la entereza para comunicar aquellas necesidades y sentimientos tan directa y honestamente como sea capaz.

Su equipo de apoyo, su familia y amigos: La familia y los amigos pueden ser una maravillosa fuente de apoyo y ayuda. Sin embargo, algunas veces no saben qué decir o qué hacer. Ayúdelos a confortarla.

Hágales saber que no tienen que decir nada; todo lo que tienen que hacer es estar junta a usted, escuchándola o dejándola llorar.

Pídales que le ayuden con las comidas, que le hagan mandados, que le cuiden a sus niños, que la lleven a sus citas. Algunas personas prefieren mostrar su apoyo ‘haciendo’ más que sentándose a charlar o a escuchar.

No todos son capaces de darle el apoyo y la comprensión que necesita en la manera que usted requiere. Algunos de sus amigos, de sus compañeros de trabajo y de su familia, aunque tengan buenas intenciones, la pueden lastimar. Recuerde que ahora, tiene que poner sus necesidades primer lugar. Si alguien le dice cosas que le hieren o si le hacen preguntas que le causan estrés, es correcto decirles: ‘aprecio que te intereses por mi salud pero preferiría hablar de esto en otro momento’. En ocasiones algún amigo cercano o algún pariente se puede volver frío o distante cuando le hable acerca de su cáncer. En casos extremos incluso pueden llegar a desaparecer de su vida. A menudo tienen un miedo irracional hacia el cáncer. Aunque su ausencia le resulte muy dolorosa y la sienta como un rechazo personal, no olvide que están reaccionando ante su propio miedo al cáncer. Esto no refleja sus sentimientos hacia usted.

El apoyo de otras sobrevivientes: Quizá se sienta más cómoda si habla con otra sobreviviente de cáncer en privado. Una manera de conocer a otra mujer con vivencias similares es hablando con sus médicos, con la trabajadora social del hospital o con su consejero espiritual. Si hay organizaciones de mujeres o grupos de apoyo para mujeres con cáncer en su ciudad, quizá le convendría ponerse en con ellos para que le den referencias.

Apoyo emocional profesional: Algunas veces puede no ser suficiente charlar con su familia, con sus amigos, con su consejero espiritual o con su grupo de apoyo. En esos momentos, conversar con un profesional de salud mental puede ser de mucha ayuda. Hablar en privado y de manera confidencial con un profesional la puede auxiliar a resolver problemas de autoestima, de ansiedad y de temores. También le pueden ofrecer orientación sobre las maneras de afrontar los asuntos y los problemas que pudieran surgir con su pareja, con sus hijos, con su familia y con sus amigos.

Puede consultar a un buen número de gente que cuenta con recursos adecuados: para preocupaciones personales, con una trabajadora social, una psicóloga o una psiquiatra; para asuntos maritales y familiares, con una consejera matrimonial y familiar; y, para preocupaciones sexuales, con una sexóloga. Pida referencias a sus médicos o a la trabajadora social del hospital.

Hable con sus hijos: Puede estar tentada a proteger a sus hijos, y quizá a si misma, no diciéndoles nada acerca de su operación. Sin embargo, los niños, incluso los muy pequeños, presienten cuando algo no está bien. Por lo general es mejor ser honesta e involucrarlos en su proceso de recuperación desde el principio. Dígales la verdad, de manera sencilla, en un lenguaje apropiado a su edad.

¿Cómo saber qué es lo apropiado según la edad de sus niños? Se dará cuenta a partir de las preguntas que ellos le hagan. Sus hijos le preguntarán lo que quieran saber en el momento en que estén listos para hacerlo. Sólo de la información que solicitan, no más. Los niños absorben la información estresante en etapas. Ellos necesitan tiempo para comprender la información que usted les dé. Después estarán listos para hacerle más preguntas. De permiso para preguntar lo que quieran y explíqueles la verdad.

Si usted no está segura de cómo encarar el tema, una consulta con un profesional, que trabaje específicamente con niños le será de mucha ayuda. Ellos pueden hablar con usted a solas, o con toda la familia. Pídale una recomendación a su cirujano, al pediatra o a la trabajadora social”.

5.2. “Nuevas” relaciones familiares

El apoyo que un familiar pueda ser para la mujer mastectomizada, sea esta su madre, hija, hermana, tía o prima, es un factor clave para su recuperación, como lo afirman testimonios de mastectomizadas pertenecientes al GRUPO RETO:

Karla González: “Voy a cumplir 6 meses de mi mastectomía, me uní más a mi familia, pues me di cuenta que no estoy sola. Recibí muchas muestras de afecto que no me esperaba, hay mucho cariño a mi alrededor del que no me había dado cuenta”.

Diana Yañez: “En junio cumpla 2 años. Cuando me dijeron que tenía cáncer pensé en mis hijos, recibí el apoyo de mi esposo. Él me dijo que no tenía palabras para animarme, pero que siempre estaría a mi lado. Yo no le reproché nada a Dios, aprendí a vivir el hoy, disfrutar a mi familia y a la vida que me tocó. Se que me voy a morir algún día, pero gracias al cáncer estoy aprendiendo a vivir la vida que Dios me dió. Aún no tengo reconstrucción, al principio me sentía sumamente incomoda en la intimidad, pero mi esposo me dijo que me quiere a mi, lo que yo soy”.

Julia Mancera: “Que bonita es la vida después de la mastectomía, ahora cada vez que me hacen mis estudios de control cada año, se siente muy bonito cuando le dicen a una que todo salio bien. Cuando me diagnosticaron cáncer ví sufrir a mi familia, en ese momento yo los ví llorar, a mi esposo, a mi familia, a mis hijos y me dolió, me dí cuenta que les importo y más importante que me importaba a mí misma, en ese momento era primero yo por ellos, porque al final lo que les estás diciendo a tus hijos es: ‘ámate, *apapachate* y cuídate”.

La experiencia de Lucia Casas con su familia fue un poco más difícil: “Cuando salí del hospital, el médico le dijo a mi hijo ‘si quieres puedes quedarte en la cama de tu mamá, pues te ves más enfermó que ella’ y es que estaba pálido y no paraba de llorar. Cuando por fin salí del hospital, sólo él fue por mí, el simple hecho de ver como salí de la operación era muy duro para mi esposo. Al llegar a mi casa, me pareció que entraba en la casa donde había sucedido un fallecimiento recientemente, la sentí fría, sola y oscura. Encontré a mi esposo en cama, muy enfermo, ‘incapaz’ de recogerme del hospital; se quejaba de su diabetes, mis hijos estaban preocupados tanto por su padre como por mí estaban divididos.

Me sentía relativamente bien a los tres o cuatro días de la operación, al principio no comprendí que ocurría, la enferma era yo, la mutilada era yo. Tuvo que pasar una semana

en casa para que las cosas estuvieran más o menos en orden. Mi esposo me apoyaba en todo, pero se sentía desplazado por el cáncer, mis hijos habían volcado en mí todas las atenciones posibles pero sentían que el pilar de la casa estaba roto, incompleto”.

En torno al apoyo que la familia significa para una mastectomizada la Sociedad Americana de Cáncer en su sitio www.cancer.org ofrece algunas recomendaciones al respecto:

“Cuando una persona tiene algún síntoma grave o siente una masa en el cuerpo, se inicia un periodo de incertidumbre y miedo donde todo pasa por nuestra cabeza. Si se confirma que es cáncer, lo ideal es que el médico informe a la persona en compañía de su familia. Es muy importante ser honestos, de lo contrario el paciente sentirá que le estamos ocultando algo.

El siguiente paso es hablar con nuestro ser querido y sin importar el tipo de relación que teníamos antes de la enfermedad, nos volveremos aliados en la batalla contra el cáncer. La enfermedad no la padece una persona, afecta a toda la familia y hay que luchar juntos.

Ahora iniciaremos un viaje que en algunas ocasiones estará lleno de frustración, tristeza y dolor. Sin embargo, también es un camino lleno de amor, compromiso, redescubrimiento de nuestros seres queridos y satisfacción personal.

Esta última parte es difícil de valorar al principio pero con el tiempo encontraremos el verdadero valor y aprendizaje de esta experiencia.

¿Cómo debo tratar a un familiar o amigo con cáncer?: Cuando usted no tiene cáncer es común creer que sus emociones no son importantes y que pensar en sus cosas significa ser egoísta. El proceso del cáncer lo han definido como una “montaña rusa”, esto quiere decir que no es un proceso ascendente de mejoría, algunas veces estaremos abajo y otras arriba.

Cuando cuidamos de un enfermo nuestro objetivo es lograr su bienestar y para ello tenemos que iniciar el trabajo con nosotros mismos:

1.- Acepte sus emociones. Por supuesto que tiene derecho a sentirse triste y enojado, hay que aceptarlo. Simular que todo sigue igual deteriora la comunicación.

2.- Exprese sus sentimientos. Hable con la persona afectada sobre como se siente y siempre sea honesto, en ocasiones no queremos preocupar al enfermo con nuestros

sentimientos pero la comunicación entre dos personas requiere de que ambos se expresen sinceramente.

3.- Utilice sus emociones como fuente de energía. Trate de sacar provecho de las emociones negativas, por ejemplo, cuando tenga miedo del tratamiento y sus consecuencias anote todas las ideas que le pasan por la cabeza y pregunte sobre ellas al médico.

4.- Mantenga su propia salud, acuda a sus revisiones médicas, coma bien y tome tiempo para usted. Esto mejorará la calidad de atención que puede ofrecer. Si usted se enferma o se deprime, no será de gran ayuda. Las señales más comunes de depresión son:

- Insomnio o sueño excesivo.
- Pérdida de apetito y disminución de peso.
- Pérdida de autoestima.
- Disminución en su productividad y sensación de inutilidad.
- Disminución en la capacidad de atención o confusión.
- Evitar vida social.
- Dejar de disfrutar las cosas que antes nos gustaba hacer.
- Enojo e irritabilidad frecuente.
- Pensar en morir o suicidarse.
- Si tiene más de tres señales, busque ayuda profesional.

5.- Conozca su estado emocional. Para saber exactamente que hechos y emociones lo están afectando, responda las siguientes preguntas sinceramente.

- Lo que más me molesta de cuidar a mi familiar es:
- Lo que más me preocupa es:
- Lo más cansado es:
- Lo que me causa más miedo es:
- Lo más agradable es:

Estas respuestas le darán una idea general de sus sentimientos sobre la enfermedad de su familiar. Tal vez le costó más trabajo responder la última pregunta porque todavía no es capaz de ver algo positivo. Ya verá que si repite el ejercicio dentro de algún tiempo responderá fácilmente. También es importante que se haga estas preguntas:

- ¿Está durmiendo por lo menos 5 horas continuas la mayoría de las noches?

- ¿Tiene tiempo de estar solo por lo menos un rato todos los días?
- ¿Tiene a quién llamar en la madrugada si se presenta una emergencia?
- ¿Tiene algún familiar o amigo que le preste dinero si lo necesita?
- ¿Hay alguien en su vida con quién compartir esta experiencia?

Si respondió no en una o más preguntas, usted está soportando toda la carga sobre sus hombros sin compartir con alguna otra persona. Busque con quién hablar y compartir sus sentimientos y obligaciones.

6.- Prepárese mentalmente por si el tratamiento no es exitoso. En algunas ocasiones son necesarios más de un tratamiento o cirugía y es importante que no centre todas sus esperanzas en la primera opción. Tiene que prepararse para dar ánimos a su familiar si hay que someterse a otro tratamiento, cirugía, estancia hospitalaria, etc.

Después de valorar su estado emocional y psicológico será más fácil lidiar con la enfermedad. El siguiente paso es entender a nuestro familiar y apoyarlo de manera adecuada.

Es necesario permitir que la persona enferma se exprese a su propio ritmo, también hay que estar conscientes de las diferentes maneras de enfrentar la situación. El Cáncer es un proceso no sólo físico, también psicológico y emocional. Cada persona puede enfrentar la situación de manera diferente o presentar cambios bruscos de personalidad.

Los más comunes son:

- 1.- Expresar enojo y hostilidad. Es una forma muy común de expresar ¿por qué yo?, cada vez que su familiar esté enojado, recuerde que no es una situación personal, está expresando su enojo contra la enfermedad.
- 2.- Dependencia familiar. Algunas personas dejan de ser responsables de sus propias vidas y esperan que la familia tome las decisiones importantes. Es común sobreproteger al enfermo, trate de evitarlo dando amor pero siendo firme con las tareas de la vida cotidiana. La persona con Cáncer necesita ayuda y atención pero no compasión.
- 3.- Culpabilidad. Algunos piensan que la enfermedad fue resultado de algo que hicieron mal o dejaron de hacer. Nadie tiene la culpa y es mejor ver hacia el futuro sin tratar de cambiar lo que hicimos mal o sentirnos culpables.

Hay que encontrar la manera de expresarnos y dejar que la persona enferma también lo haga. Una manera sencilla es preguntar ¿Qué sientes? y no ¿Cómo te sientes? Ya que nuestro familiar o amigo tendrá más oportunidad de expresarse y no solamente nos contestará bien o mal.

Hable sinceramente, comente sus sentimientos sin miedo a hacer sentir mal a la otra persona, esta comunicación sincera permitirá que el enfermo también sienta la confianza de expresarse.

Ofrezca su ayuda en cosas prácticas, no sirve de mucho decir te apoyo en lo que necesites, es mejor ofrecerse para llevar a nuestro familiar al médico, hacer las compras, buscar información, limpiar la casa, etc.

Otra forma de ayudar es convertirse en experto sobre el cáncer que padece su familiar. Busque información objetiva y sea un juez crítico sobre que información debe conocer el enfermo (a) y cómo comunicársela. Primero solicite al médico folletos o lugares donde buscar información. Cuando tenga mayor conocimiento podrá asistir a una biblioteca o utilizar el internet. Recuerde que no toda la información está diseñada para todo público, busque fuentes con información sencilla y útil que evitará pérdida de tiempo.

Estudie perfectamente cuales son los probables efectos secundarios del tratamiento y qué hacer en cada caso. También pregunte al médico sobre señales de alarma.

Recuerde que la persona con cáncer está pasando por una enfermedad pero sigue siendo el mismo de siempre, aliéntelo para hacer actividades cotidianas, paseos, etc. Hablen de otra cosa, no sólo del cáncer y tratamientos. Apoye a su familiar para que vuelva lo antes posible a su vida cotidiana, tal vez necesite ayuda pero la mayoría pueden seguir con sus actividades habituales.

Visitas:

Algunas veces no sabemos que decir cuando nos enfrentamos a alguien cercano que tiene cáncer, no son necesarias las palabras, un beso, abrazo o un gesto pueden expresar mejor cómo nos sentimos. No se sorprenda si su familiar se ve diferente, a pesar de esto recuerde que es la misma persona de siempre. No trate de hablar todo el tiempo, siéntase cómodo con el silencio y exprese con su actitud, voz y gestos que usted se siente cómodo de estar el paciente.

Trate de hablar de cosas diferentes a la enfermedad, reírse y hablar de cosas habituales, es una terapia excelente para mejorar el estado de ánimo.

A menos que el enfermo sea su mejor amigo o un familiar muy cercano, sea breve en sus visitas particularmente si son en el hospital.

Ofrezca su ayuda para conseguir libros, alguna comida, discos, etc. Cuando el enfermo considera que la familia está muy ocupada por cuestiones de la enfermedad evita pedir cosas de entretenimiento o comodidad”.

Por otro lado, suele ocurrir que dentro de la relación de pareja “algunas” cosas cambien, la intimidad y el contacto de tipo sexual se ve entorpecido por los tabús que entorno al cáncer existen, en otras ocasiones en cambio, el hombre no sabe como reanudar ese lazo afectuoso sin parecer “brusco” o insensible”, por lo el sitio <http://www.cancerlinks.com/index.html> ofrece algunas sugerencias:

“Su intimidad física y sexual: Retomar, mantener o iniciar una relación sexual satisfactoria es una parte importante de su recuperación emocional. Una mastectomía puede provocar que la mujer dude de su atractivo, y una caricia amorosa la puede ayudar muchísimo para recuperar su confianza sexual.

Quizá no se sienta lista para la intimidad sexual, pero probablemente quiera y necesite que la acaricien y la abracen. Algunas veces, incluso sin notarlo, las parejas se apartan físicamente, suspenden sus rutinas cariñosas: el beso de las buenas noches, caminar del brazo, bailar juntos.

Preste atención a este aspecto y, si esto está sucediendo entre ustedes, asegúrese de reincorporar las caricias a su relación. Tomarse de las manos, darse un beso tierno, pasarle la mano por la cintura, son todos ‘recordatorios’, para su pareja y para usted, de cuán importantes son el uno para el otro.

Algunas veces un masaje en el cuello o en la espalda es una experiencia que les puede causar placer a ambos. Para hacerlo más cómodo se puede recostar sobre su lado sano o sentarse. Use loción o aceite y caliéntelo frotándolo entre las palmas de sus manos.

Puede ser que tanto su pareja como usted tengan menos interés en el sexo del que ten tan antes de su diagnóstico. Esto es perfectamente común y normal. El estrés causado por el diagnóstico y el tratamiento, junto con todas las emociones que probablemente está sintiendo pueden reducir su deseo sexual. Es difícil sentirse romántica cuando usted y su pareja están sintiendo coraje, miedo, depresión o ansiedad. Confié en su pareja.

A su debido tiempo irá notando que su deseo sexual regresa al nivel en que se encontraba antes del diagnóstico. Si esto no sucediera, pida al médico, con el que sienta más confianza, que le recomiende a alguien especializado en intimidad sexual.

Retomar sus relaciones sexuales: Probablemente sea intimidante retomar sus relaciones sexuales. Se pueden presentar momentos difíciles, males entendidos y sentimientos heridos. Al igual que todos Los demás aspectos de su recuperación emocional, es necesario que sea honesta consigo misma acerca de sus necesidades, de sus preocupaciones y de sus miedos. Ojalá sea capaz de hablar de ellos con su

pareja. Muchas veces su pareja no sabe cómo encarar este tema. Si usted inicia la conversación, podría ser de mucha ayuda para ambos.

Algunas veces la pareja asume que tener relaciones sexuales durante el tratamiento (cirugía, quimioterapia, radioterapia) puede ser dañino. Es común que su pareja tema que hacer el amor la lastime. Usted puede evitar el mal entendido charlando de manera franca. Recuérdele que hacer el amor no le lastimará la incisión, que no es malo para la salud de ninguno de los dos y que es necesario reafirmar lo mucho que se quieren.

Le proponemos algunos puntos útiles para cuando su pareja y usted se sientan listos para tener relaciones sexuales:

Póngase algo que la haga sentir a gusto y deseada, una camisola bonita o alguna prenda de lencería tal vez.

Su incisión y su pecho pueden estar delicados, adormecidos o particularmente sensibles al tacto. A muchas mujeres no les resulta agradable que les acaricien allí, pero a otras sí. Es importante que le transmita a su pareja lo que le agrada y lo que no le agrada.

Cualquier posición que le resulte grata es la 'correcta'. Hay mujeres que dicen preferir a la pareja arriba. Esta posición ejerce la menor cantidad de presión sobre su pecho, especialmente si la pareja se apoya en sus propios brazos.

Para proteger la incisión y ayudarla a sentirse segura y relajada cubra la incisión con su brazo afectado, apoyando la mano en el hombro contrario. También puede colocar una pequeña almohada sobre la incisión.

Puede notar sequedad vaginal. La quimioterapia y/o la menopausia pueden causarla. Esto puede interferir con el gozo sexual. Hay un buen número de productos lubricantes a base de agua que se aplican sobre el pene y que no requieren receta médica. (No se recomienda la vaselina).

Puede ser que se dé cuenta que no es fácil hablar sobre sexo con su pareja. No está sola. Para mucha gente es difícil hablar abiertamente de asuntos sexuales. Si tiene problemas, una terapeuta sexual certificada le puede ser de gran ayuda. Pida referencias a cualquiera de sus médicos, a la trabajadora social de su.

Consejos para hablar de intimidad sexual: Tómense tiempo para hablar de su intimidad sexual. Encuentren un momento en el que no haya distracciones, cuando la televisión esté apagada y los niños durmiendo, es decir, un momento sólo para los dos. Converse en un área sexualmente "neutral" y no en un lugar donde puedan intimar. Traten de charlar honestamente y con sentido del humor.

La mujer soltera y la intimidad sexual: Si usted está soltera podría inquietarle cómo y cuándo comunicarle a la persona con quien sale que le han diagnosticado cáncer o que le han hecho una cirugía de seno.

Muchas mujeres cuando conocen a alguien se sienten preocupadas y se preguntan: ¿Qué piensa de mi? ¿Le gusto? ¿Me encuentra atractiva? Como dijimos anteriormente, durante este es importante que usted se concentre en sus necesidades, en sus deseos y que, por el contrario, se pregunte: ¿Me cae bien? ¿Disfruto de su compañía? ¿Me trata bien?.

Si se siente comprendida y apreciada, entonces tómense el tiempo necesario para llegar a conocerse mejor. Cuando se haya establecido un lazo de confianza y entendimiento, se podría sentir más segura para platicar acerca de su reciente experiencia.

Quizá le convendría más tener una conversación general acerca de la cirugía de seno. Probablemente sería mejor tratar el tema como si se tratara de alguien que usted supuestamente conoce y que acaba de ser diagnosticada con cáncer. Observe cómo reacciona. ¿Muestra sensibilidad y comprensión? ¿O dice cosas hirientes y/o parece tener miedo? Su reacción podría ayudarla a decidir cómo proceder. Recuerde que cuando se decide, será mejor hablarlo antes de iniciar sus relaciones sexuales.

Podría ayudarla el conversar con otras mujeres solteras que han tenido cáncer para saber cómo lo enfrentaron, así como para dar y recibir apoyo emocional. Pida a sus amigos, a la trabajadora social del hospital, a los médicos, a su consejero espiritual que la ayuden a contactarse con otras mujeres solteras.

No importa si está soltera o si tiene pareja, lo importante es saber lo que usted necesita. Saber esto ayudará tanto a su recuperación como a la de quienes la rodean”.

5.3. El vivir un solo día a la vez.

Muchas personas hacen su vida diaria como si tuvieran asegurado un mañana, como si ya hubieran pagado por adelanto el "costo" de un futuro. Pocas son las que agradecen el despertar de cada día, que viendo el cielo lo aprecian como si fuera la primera y última vez que lo ven. Son menos aún las personas que saben que es "casi un milagro" que sigan vivas, que han rozado la muerte y han vuelto más grandes. Para ellas el "vivir un solo día a la vez" se vuelve la norma, el no dejar que los pequeñeces se impongan es la regla de cada día.

Tal y como lo narra Doña Emma Torres Tovar:

Su casa está en el centro de la colonia San Jerónimo Lidice, la fachada de piedra negra denota sencillez y buen gusto, el portón de madera abarca casi la mitad de la misma. Una placa indica que ahí atiende un Cirujano Dentista.

Mujer de 68 años, de aspecto fuerte y jovial, de mirada inquisitiva y a la vez dulce. Al verla, uno no imaginaria las odiseas por la que ha tenido que pasar y es que el cáncer no tiene preferencias ni palabra; ella lo sabe bien, creía que después de su histerectomía este villano la dejaría tranquila, sin embargo el miedo de volver a padecerlo tuvo su final con la mastectomía que le practicaron apenas hace un año.

Su aspecto físico no delata rastros de la enfermedad –ni de su edad-, tal vez sea porque dentro de esa mujer, dueña de su casa, también hay una mujer dueña de su vida.

Su esposo se encuentra en casa, viendo una corrida de toros. La sala está decorada con tonos ocre y cuadros al óleo y acuarela, la foto de su boda da más luz a la habitación. Mientras tanto, Emma termina la interminable carga de los pequeños quehaceres de su casa.

“-Odio el domingo, es cuando tengo que hacer la casa y ya ves, nunca acabo. Mejor vamos a la cocina, para estar más a gusto,

Me enteré que tenía cáncer el día de mi cumpleaños, ese fue el horrible regalo que el médico me dió. Mentira, fue días antes.

Para ese entonces tenía mucho miedo de que me fuera a tocar a mí esa enfermedad. Tenía miedo y le pedía a Dios que me fuera a morir de cualquier otra cosa menos de eso, le rogaba ¡que no me de eso!, ¡que no me de eso!.

Le tenía no horror, más bien miedo, porque la primera esposa de mi marido pasó por lo mismo, pero ella falleció, entonces decía: ¡que no me vaya a pasar lo mismo!, pobre

señor, ¡que no vaya a pasar por lo mismo!, ¡Dios mío cuídame la salud, que no caiga en eso!, imagínate pobre familia, van a volver a pasar por lo mismo otra vez, por eso tenía miedo.

Si no hubiera estado casada, entonces tal vez no me hubiera asustado ni entristecido tanto, pero al enterarme de que mi marido perdió a su primera esposa por eso, pues entonces le pedía a Dios que no fueran a pasar por lo mismo, sólo por esa razón no por otra.

Estaba segura de que para morirme algo me va a tocar, entonces lo acepto, ¡Dios acepto tu voluntad pero que no sea ésta, que no sea ésta!.

Nunca me hacía exámenes, me daba miedo, que tal si siento lo que no es y me asusto en balde o que tal si dejo de sentir lo que es y sale peor, no. Así me fui haciendo tonta, dejando todo a la desidia

En esta época y sobre todo a nosotras las mujeres, se nos recomienda que nos atendamos, que nos tengamos cuidado, que nos hagamos una revisión, una auto revisión, pero no quería. Tenía miedo y desidia.

Hace 2 años, a finales del 99, escuché en la radio, en el programa de Janet Arceo 'El Mundo de la Mujer', que por cierto es un programa muy bonito, sobre los propósitos de año nuevo pero no el propósito de que vamos a dejar de fumar, no, los verdaderos propósitos.

-A ver quien hace el propósito de ahora si va a ver al médico, me voy a poner en manos del médico para que me revise y estar sana – dijo.

-¡Ay Emma ya te vino el saco! y ese fue uno de mis propósitos para año nuevo.

Me propuse ir en enero a ver al doctor sin falta para que me de una revisada, porque pues más vale, sí tengo tanto miedo no vaya ser de veraz vaya a tener algo y vaya a salir peor, mejor de una vez. Eso fue lo que me animó a ir a ver doctor

Ya en el consultorio el doctor me revisó, me encontró una bolita y me hizo una punción, cuando terminó me dijo:

-Llámeme el lunes.

El lunes le hablé, fue el 24 de enero de 2000.

-Pues aquí encontré unas células que no me gustaron, quiero hablar con usted y con su esposo mañana.

Ese 'mañana' resultaba el día de mi cumpleaños, aún así fuimos, a pesar de que ya tenía 'programa' para todo ese día, lo único que hice fue cancelar una comida que teníamos con la hija mayor de mi esposo y su yerno, porque coincidía con la cita del

doctor. Ya en la consulta el médico nos explicó que desgraciadamente habían salido células malas en la punción y que eso no ameritaba otra cosa sino la intervención.

-¡Ándale, lo que no quería!, ni modo, me tocó, pues ni modo lo tengo que aceptar, entonces le dijimos al doctor:

-Bueno doctor entonces díganos usted que procede.

-Pues mire, tenemos que operarla pero tiene dos opciones, una cuadrectomía, en la que sólo se le quita un pedacito, pero con esa se tiene que someter a radioterapia y a quimioterapia.

-¡Ay no, no quiero eso!.

-La otra es la radical.

-¿Qué es eso?

-No, pues que nada más le va a quedar una rayita.

-¡¿Cómo que una rayita?!.

-Pues sí, porque es la extirpación total del seno y con esa ya no necesita ni quimio ni radio.

-¡Hay doctor! y ¿Cuál de las dos es más segura?.

-Las dos son totalmente seguras, en su caso, son totalmente seguras cualquiera de las dos.

Pues ni ví a mi esposo, ni nada, y pensé: 'bueno, si con esto voy a seguir viviendo pues *pa' pronto*'.

-La radical doctor, la total.

Pero así, sin sentimiento ni nada, porque todo, gracias a Dios, todo se te agolpa en un solo segundo y dije, bueno si a costa de '*esto*', es el precio que voy a pagar por seguir bien y por estar bien ante las dos personas que son las que en primer lugar me importan, mi madre y mi esposo, sí a cambio de "*esto*", sí ese es el precio que debo de pagar para seguirlos viendo bien y funcionarles, pues ni lo pienso dos veces,

-Si doctor la radical, ésa- le dije.

Con la quimio y la radio mi esposo iba a verme como vió a su primera esposa, ¡No! y que sus hijos me vayan a ver así, ¡Ay no!, porque es revivirles el mismo dolor, la radical y así me evito de todo, no me voy a quedar pelona.

Ni mire a mi esposo a ver que cara ponía, nada.

- De una vez, que sea pronto, ¿Y de cuándo estamos hablando?,

-Pues si quiere mañana mismo.

-¡Ay no doctor!, porque hay que dejar cosas preparadas, déme unos días más

-Pues si quiere, la semana entrante.

-Perfecto, ¿qué día?

-El martes,

-Sale doctor, el martes.

Ese día como te digo, era el de mi cumpleaños, de todas maneras después del doctor nos fuimos a la Basílica de Guadalupe, siempre voy a la Basílica el día de mi cumpleaños o el cumpleaños de mi esposo. Le dimos gracias a Dios, porque dije, siquiera no estoy en una fase terminal, es una fase a tiempo y que bueno...voy a seguir con vida y bien, voy a quedar bien, el doctor me aseguro que si.

Así es que le fui a dar gracias a Dios de todas maneras, porque quedará bien y que fue un diagnóstico a tiempo, aunque el tumorcito estuvo grande, pero fue a tiempo, no se había extendido.

Después de ahí nos fuimos a comer, a donde teníamos planeado, como si nada y en la tarde una de las hijas de mi esposo me habló por teléfono tanto para felicitarme como para decirme:

-¿Sabes quién se murió?

Después de que salí de donde estuve trabajando como 20 años, dejé pasar un año, hice muchas cosas interesantes en ese año, al año empecé a buscar empleo, duré 8 años trabajando, pero ya nada más medio día, porque ya no quería trabajar tiempo completo, quería estar más tiempo con mi mamá para cuidarla y atenderla.

El día anterior había fallecido el que fue mi jefe y el mero día 25, el día que fuera también su cumpleaños, ese día se le sepultó, a través de ese señor le conseguí trabajo a esa hija de mi esposo.

-Si, si, ya sé, se murió el licenciado Losyu, ¡oye!, a propósito, ¿qué vas a hacer ahorita saliendo de la oficina?.

-Pues nada.

-Pues vente, porque tu hermano me trajo un pastelito en la mañana, ¿vienes a partirlo conmigo, sí?.

En la noche vino su hija con su esposo, fueron a los que les cancelamos la comida, también llegó la esposa del hijo que me trajo el pastel y ya entre esos poquitos que fuimos partí mi pastelito. Mi esposo abrió una botella que había tenido guardada, la abrió y nos tomamos la botella y nos acabamos el pastel.

Ahí los reuní, los llamé aparte porque había dos chiquillos y no quería que ellos se enteraran de 'esto', los llamé a la cocina y les dije:

-Involuntariamente le estoy causando una pena a su papá, pero afortunadamente creo que no aún no es grave.

Les dije de que se trataba y ¡Ay no!, pues se impresionaron mucho, mucho.

La noticia agarró a mi esposo desprevenido, en el consultorio se quedó sin habla, pero ni quería hablarle ni preguntarle nada, porque no quería, vaya, no quería saber como estaba, quería que pasará, que me viera bien el día de mi cumpleaños, y lo estaba, estaba contenta, porque me había asegurado el doctor que todo había sido a tiempo y que todo iba a estar bien.

Pasó la intervención, a ese doctor siempre le tuve mucha confianza, fue el doctor Carlos Sánchez Basurto, a él seguro lo encuentras en el Hospital de México, en el 801.

En cuanto abrí el ojo, una señorita me dijo:

-Ya está usted operada, está en sala de recuperación.

Después de un rato me pasaron a mi cuarto, sólo cuando estuve más consciente me atreví a decirle a mi esposo que se comunicara con mi mamá,

-Dile que te hablé de Guadalajara que llegué bien.

Mi mamá nunca se enteró de mi enfermedad, con lo de mi operación le dije que iba a ir a Guadalajara, así no iba a sospechar mi ausencia. Ella tiene 97 años y siempre la he cuidado mucho. Tuvo muchos problemas por sus falla de vista y una vez que llegue de trabajar, me la encontré solita y a obscuras, no tenía ni con quien platicar ni con quien nada, porque pues mi papá trabajaba, luego, otro día, llegue a buena hora y la encontré solita sin poder leer, sin poder tejer, sin poder coser sin poder nadar porque no le ayudaba su vista, entonces sentí muy feo y dije voy a trabajar nada más medio día, para cuidarla más.

Me operaron un martes, pero ya el miércoles le dije al doctor:

-¿Me puedo parar?.

Él me dijo que si, que ya podía pararme, entonces me puse mi pants, mis zapatos y con todo y mis '*greñas*' me puse a hacer ejercicio. No se estar sin hacer ejercicio, así que me puse a dar vuelta y vuelta por el pasillo, como si fuera mi caminata del diario, eso si con mi '*ierrito*' y la bolsita que me pusieron para que estuviera drenando. El médico me dijo que iba a estar unos días con esa '*tripita*' conectada. No me puse bata, parecer enferma eso sí no, ¡Ay que horror, eso no me gusta!.

El doctor no me pudo ir a ver al cuarto, creo que tenía mucho trabajo entonces me pidió que lo fuera a ver a su consultorio y si, me fue solita, pero fui, luego luego me dio de alta y ya me vine para mi casa.

Pasaron unos días en los que estuve de '*flojita*', pero bien, sin ninguna molestia, después el doctor me dio mis resultados:

-Los resultados de Patología fueron muy buenos, le sacamos 35 ganglios, pero todos limpios, no hubo ramificación.

No supe que tipo de cáncer tuve, creo que me dijo el doctor que apenas estaba en el tipo 1, tenía una escala del 1 al 4 y estaba en los inicios, pero la verdad eso no me interesó, lo que quería era ya estar bien, a lo mejor hago mal en no saber, pero desafortunadamente por el tamaño de la tumoración me dijo el doctor que me tenía que someter a la quimioterapia.

¡Ay! el hijo de mi esposo se puso furioso, como si fuera mi hijo, quería hablar con el doctor, reclamarle, si había mentido o que sí se había equivocado con lo de la operación, estaba furioso, me pidió mis análisis, se los dí, traté de calmarlo, le pedí que dejara pasar unos días antes de que fuera con mi doctor y sí dejó pasar unos días, pero fue a ver a un amigo médico que le tiene mucha confianza, él lo tranquilizó, le explicó que estaba bien hecho todo y que la quimioterapia no era curativa, se trataba de prevenir.

Después me turnaron con el oncólogo, él fue una bellísima persona, si digo que Dios me puso siempre en muy buenas manos, en la primera quimioterapia me acompañó mi esposo, ya para ese entonces les dije a mis hermanos la verdad, se sintieron pero me comprendieron, después en todas las quimioterapias mi hermano y su esposa siempre me acompañaron.

Tuve seis quimioterapias, de la roja, la que dicen que es muy fuerte, pero a mi me hicieron los '*mandados*', no me hizo nada, si te digo a mi Dios me trató con una ternura que si ya lo quería ahora lo quiero más.

Cuando estaba en la quimio, el hijo de mi esposo me dijo:

-Emma, lleve limones por si le da asco, exprime su limón y con eso se atenúa la náusea.

Me estuvo dando tantas orientaciones, pobrecito, se preocupó siempre mucho por mí.

Siempre me llevé mi tacita con limones.

Me pusieron el '*mentado*' catéter después de la operación, ese si fue horrible, porque me dieron unas '*calenturas*', mi quimioterapia tuvo que esperar de la calentura que me dió, el oncólogo no sabía de donde venía, me dio un antibiótico, me lo cambió, me dió otro, me subió la dosis y no se me quitaba la calentura, pasó un mes y medio y nada. Me hicieron análisis, hasta que se le prendió el foco y pensó que tal vez era el catéter y si, se

me había contaminado, ahí tenía el foco de infección, pero ya había pasado mucho tiempo y quien sabe que estragos me había hecho adentro, entonces dijo que me iba a mandar con un infectólogo, ¡No!, eso sí me da miedo, eso si me espantó.

Le dije a mi marido:

-¡No me morí por lo más importante, me voy a morir por un “mugroso” catéter!.

Otra vez al quirófano, me lo quitaron y enseguida se me fue la temperatura.

Mi mamá no se enteró de nada, con todo y mi temperatura la seguí viendo los lunes, siempre la veo los lunes, sólo uno le fallé, sólo uno.

Cuando me quitaron mi catéter me empezaron a inyectar la quimio en las manos, respondieron también mis venas que no sufrió la enfermera para inyectarme, una sola vena sirvió para toda la quimio, la misma. Una vez para dejar descansar mi vena intentó con otra pero esa no funcionó muy bien y mejor nos regresamos, y le dije:

-Empiece con su 'agüita de jamaica', -como era roja-.

Le decía que era mi 'agüita de jamaica' y las sesiones de quimio eran mis 'cócteles'.

Me la aplicaron durante el mes de mayo y junio, meses en los que hace mucho calor, llevaba las venas muy cargadas, además de que las tengo muy gruesas, de todas maneras la enfermera me recomendó que antes de la sesión me pusiera en mi casa una bolsa de agua caliente en la mano para que se abrieran mejor, es lo que recomiendo a todas,

-Pónganse su bolsa de agua caliente, así es más fácil de que les vean sus venas.

Eso me dijo la señorita.

Cuando salía de mi quimio esperaba que me dieran ascos y no, me tomé el jugo de los dos limones que llevaba pero para que no se echaran a perder, ninguna quimio me causó vómitos, si acaso me revolvieron el estómago pero nunca sentí nauseas, nunca me sentí débil, nunca me tiré a la cama, con todo y mis quimios me bajaba 'manca manca a poner mi lavadora y lo poquito que podía hacer porque me dijo el doctor que no me acercara a la lumbre.

Tardé en mover el brazo totalmente 3 meses, mi cirujano me dijo que como había siempre hecho ejercicio eso me ayudó mucho, que como no perdí mi rutina entonces eso me ayudó a poder recuperar más rápido el movimiento.

Ahora estoy como si nada, no tuve vómito, tuve un poco de flojera pero no decaimiento, no como he escuchado que se 'tiran' en la cama, a lo mejor fue 'maña', pero si tuve un poco de 'flojerita', estaba como con sueño, más temprano, tuve un poco de aftas en la boca, pero una que otra vez, porque estuve escuchando que con la quimio les

llegan a sangrar las encías, no padecí estreñimiento ni diarrea, sólo se me mancharon ligeramente las uñas, tanto de las manos como de los pies, sobre todo las uñas de los dedos gordos y también perdí el cabello.

Cuando iba a ver a mi mamá los lunes ni notó mi peluca, hasta la fecha mi mamá ignora por lo que pasé. Una amiga mía me recogió mi peluca, muy parecida al tamaño de mi cabello, un poquito más rizado, porque con esto se me alació, conseguí la peluca un poquito más oscura y parecía que sólo me había crecido un poquito más el cabello, nada más.

Me quedó la cabeza como rodilla y me cuidaba de que no se quedara la peluca ensartada por allí. Un día mi mamá si me preguntaba por mi pelo, porque me lo veía más oscuro, en esos días tenía calentura y le dije que la calentura me había tirado pelo y el que me quedaba estaba muy tieso y feo.

-Me fui a hacer 'base', mamá.

Ella no sabía que era eso y le expliqué que eran los permanentes de antes, y con los ácidos me quemaron el pelo y como nunca me había echo eso, pues le dije.

-Fueron los ingredientes de la 'base' los que me alteraron el color,

-¡Ay hija!, lo bueno es que el cabello crece.

Pero fíjate que curioso, cuando me creció se parecía más al pelo de la peluca, más oscura que como lo tenía antes, antes lo tenía más 'acerado' y más ondulado y ahora está más lacio.

Solté mi primera lágrima cuando el doctor se desentendió de mí.

En su consultorio le dije:

-Estoy agradecida con Dios, porque todo estuvo bien y fui atendida a tiempo y porque me siento bien y por supuesto por los médicos, porque me sentí muy tranquila por su intervención y estoy muy agradecida con la vida, con Dios.

Ahí fue cuando empecé a llorar:

-Doctor, póngame en contacto con las mujeres que ha tratado, sí usted ve a pacientes que se sientan mal, puedo platicar con ellas, me siento muy bien y quiero ayudarlas.

-Pregúntele a la señorita de la caja parece que hay un grupo y ahí hay muchas mujeres así.

Mira que no sabía que había tanta mujer con esto, la señorita me dio el teléfono del GRUPO RETO-Condessa. Hablé y les dije lo mismo que al doctor y me pidieron que fuera los martes porque había cosas que me iban a servir.

Me preguntaron si me sentí bien, les dije que absolutamente bien, porque sigo siendo y sigo pensando igual, me siento normal, sigo siendo tan inteligente o tan bruta pero sigo siendo igual, de todas maneras me dijeron que fuera, porque los doctores solamente abren, quitan y cosen y ya, pero no te dicen que ejercicios puedes hacer, que cuidados debes tener, la mayoría de los doctores no dicen nada

Fíjate que creo que sí, porque una amiga está pasando por lo mismo y no le dicen nada, le estoy llevando folletos y le estoy haciendo ejercicios, eso sí nada más que le dé autorización el médico y ella empieza solita.

Me dijeron que necesitaba orientaciones como esa, ejercicios para empezar a mover mi brazo, porque como cualquier intervención, lo vas a tener muy torpe y no lo vas a poder mover hasta que lo rehabilites, como cuando se te rompe una pierna o un brazo, Además tienes que tener tu brazo en alto, ya no dejarlo abajo y constantemente darte masajes, dejar tu brazo lo más que puedas en una posición vertical.

Cuando uno es chiquito la mamá nos dice que no pongamos los codos en la mesa, no se come con los codos arriba, bueno pues a partir de ahora, sí se puede comer así, tenemos permiso; ahora hasta en el coche voy con el brazo arriba, me agarro de arriba y así voy. En las noches también, me duermo con el brazo así, me cosí una manga larga larga que me llega hasta el hombro, para que no me dé frío y meto el brazo, hasta mi esposo me dice que ponga mi tendedero para dormirme y ya como puedo pongo mi pirámide para mi brazo no se caiga y siempre éste arriba.

El médico me dijo que iba a necesitar una prótesis, era necesaria pero con peso, porque mi columna, que de por sí está chueca, no haga que me duela la espalda.

Voy al deportivo con regularidad, ahí uso mis playeras pegadas, me meto a nadar en traje de baño y uso playeras escotadas. Tengo cuatro prótesis, una que me dieron muy elegante ahí en el GRUPO RETO que pienso regresarla porque no la voy a usar, la de silicón que dicen que son las mejores y son carísimas, en los comercios valen hasta cuatro mil pesos, a nosotros en GRUPO RETO nos la dieron en 250, fue un donativo de Estados Unidos y sólo dimos esa aportación pequeña; luego otra que venden en GRUPO RETO, que le dicen "con peso", pero la empecé a usar y esa no me gusta porque está tan perfecta que parece la escultura de un busto de una niña de 15 años y ya no tengo el busto de una niña de 15, una se me va para abajo y otra se ve perfecta, pues no, no la usé, la abandoné; hay otra igual de perfecta, pero de hule espuma y esa si la uso para meterme a nadar y para entrar al baño de 'vapores'. Ahí entro con mi 'chones' y mi brasier, con el brasier que venden allá en RETO que ayuda a que no se salga la prótesis,

porque una vez fui con un brasier normal que a cada rato tenía que estar metiéndole las orillitas de la prótesis para que no se vea. Y tengo otra que es mi consentida, para sábados, domingo, días entre semana, días festivos, es una prótesis que yo misma hice, es una bolsa de lentejas. A un brasier viejito le corté una copa le puse un respaldo como si fuera una funda y lo llene, tiene peso y tiene mi tamaño.

Para calcular el peso le pregunté al doctor:

-¿Cuánto pesó lo que me había quitado?

Creo que no supo, así que la tuve que llenar más o menos hasta que no me doliera la espalda. Estas lentejas ya tienen años, ya cambiaron hasta de color, pero no las quiero tirar, pobrecitas ya me han servido tanto.

Luego mi esposo me hace burla, diciéndome:

-¡Que tal si te empiezan a salir plantitas!

-Pues ya nos ahorramos el germinado de lentejas y ya comeremos

O, cuando hago sopa de lentejas:

-Júrame que no son las tuyas.

-No hombre, no son las mías.

Esta es mi prótesis consentida.

Sé que hay gente que también se hace sus prótesis, he escuchado que con alpiste, pero no quise utilizar alpiste porque esta muy picudito y me fuera a picar, no quise, mejor la lenteja que está redondita y mi bolsita me la ponga aquí, llena muy bien la copa y queda al mismo tamaño, y no tiene el corte perfecto, así que igual que se me cae el busto se me caen mis lentejas. El que me dijo de esto fue el hijo de mi esposo.

A un año de mi operación y desde el principio me ví y me veo normal, me siento bien. Por miedo antes me ví al espejo y pensaba que si no me lo habría provocado, ya vez que la mente es muy poderosa, por lo de la primera esposa de mi marido también lo pensaba.

Antes de pasar por esto, cuando me bañaba me trataba de imaginar que si me sucedía lo mismo como me vería con una nada más y me visualizaba. Cuando fue realidad ya estaba acostumbrada a verme así, sin saber que me iba a pasar me pasó. Fue triste lo que pagué para estar bien para esas dos personas, mi mamá y mi esposo y para el resto.

Cuando hablé con mis hermanos les dije que no quería que los muchachos, sus hijos, se enterarán, ellos me dijeron que ya estaban grandes y que era necesario que

supieran lo que pasaba en la familia y todo lo que les puede suceder a ellos mismo, dejé en sus manos la decisión, si se los quieren decir allá ellos.

Por la operación no pude ir a la boda de uno de mis sobrinos, en la primera Semana Santa en abril. Entonces, como fue época de vacaciones, 3 de mis sobrinas, una que vive en Campeche y 2 en Jalisco vinieron a ver a su papá, que es mi hermano y se organizaron para venirme a ver, mis sobrinos de Querétaro me hablaron, mi sobrino de Monterrey, mis amigas de Morelia, todo mundo me habló y a todo mundo dejé tranquilo. Uno de mis sobrinos me dijo que su abuelita y yo le dábamos un gran ejemplo de valentía y fortaleza, también los hijos de mi esposo me dijeron lo mismo y me veo bien y normal, hubo gente que no notó que usé peluca, porque parecía de verdad que era mi pelo, tal vez un poquito más largo.

Antes de la operación, mi esposo empezó a tener '*dificultades*', Hubo una vez una promoción en el Programa de Janet Arceo de un urólogo, fue un urólogo que habló muy bonito de urología.

-Vamos a verlo, para que te revise, siempre es bueno revisarse, como las mujeres que nos tenemos que hacer el Papanicolau, que entre paréntesis nunca me lo he hecho, los hombre tienen que hacer su revisión de próstata

Se había hecho el remolón, había ido cuando todavía estaba trabajando, pero desde que se pensionó ya no.

-Vamos a hablar al programa para ver si podemos ir con ese doctor que están entrevistando.

Por fin que lo convencí, pero nos cayó muy mal, porque en vez de verlo de lado de lado de la urología se fue por el lado de la sexo... ¿sexología se dice? y se fue por ese lado y la venta del tratamiento con ese médico era para ayudar al hombre a una mejor función sexual y el doctor se metió con ese tema y después de una prueba de erección y no se que más, nos pasaron a una salita a llenar un cuestionario y le dije:

-Mira "*negrito*", fíjate que "*me cae gordo*" esto, la verdad '*me cae muy gordo*' esto, ni tu ni ya somos unos jovencitos, pues tal vez tienes este problema igual y no te satisfago, porque ya no soy una quinceañera y pues tal vez esto se debe solo a cosas de la edad, no es enfermedad, no somos gente joven que por algún trauma o atrofiamiento físico tengamos alguna disfunción, ya somos gente de la edad y tenemos que aceptar todo lo que nos tiene que pasar por el paso del tiempo.

Aún recuerdo que hace mucho tiempo, tú todavía no habías nacido, estuvieron de moda unas vitaminas que le daban a todo el mundo que porque daban energías en todo

sentido, se llamaban KH3, eran alemanas. Y tenía la facilidad que me las trajeran porque un jefe mío tenía relaciones comerciales con un proveedor que tenía la manera de que me trajeran esas vitaminas y mi mamá tiene la buena costumbre de preguntar al doctor que la atendía si lo que le receta no se contraponía con lo que ella ya tomaba. Le preguntó a su doctor sobre esta vitamina y le dijo el doctor que no la tomará, porque aunque si hacía que la persona tomará fuerzas de todos lados y que su organismo funcione bien, le explicó que obliga a las reservas del organismo a salir y va llegar un momento cuando llegue al final de su vida que sí esas reservas se acaban usted va tener un “*bajón*” muy grave, es mejor que las reservas se vayan acabando como lo que son, reservas, mejor no se las tome. Siempre tengo eso presente, así que le dije a mi marido:

-¿Para qué forzamos a tu organismo? además, eres hipertenso, entonces como que no, piénsalo, a mi no me va a incomodar que tu me digas que ya no funcionas, porque no es lo único que tenemos en un matrimonio, somos nosotros un par de viejitos que todavía tenemos mucha vida por delante y sí 'eso' ya no se puede, pues no le hace, vamos a seguir viviendo de todas maneras y vamos a tratar de gozar en otra forma y no nada más con 'eso', no fuerces a tu organismo.

Creo que lo pude convencer y nos salimos. Desde esa fecha, que fue antes de mi operación, nuestras relaciones sexuales habían disminuido mucho, caricias y acercamientos existían y su amor me lo demuestra en muchas formas, teníamos una vida normal. Pero ya después de mi operación, pues ya en ese aspecto ya no teníamos relaciones, pero me sigue llamando, me sigo 'acurrucando' con él y me hace travesuras, pero ya no igual.

A mí no me apenaría que me viera como estoy, pero hace como 3 meses, cuando encontré un momentito muy adecuado dije 'órale':

-Mira '*negrito*' te consta que desde un principio me sentí muy normal, nunca me deprimí, nunca me sentí mal, te consta, tu bien sabes que no te estoy mintiendo, ya me acostumbé a verme, a mi me gustaría, no ahorita, me gustaría que tu me vieras, no estoy fea, no tengo una cicatrización fea, la tengo planita, no es una operación donde haya quedado fruncida, me quedó como dice el doctor 'una rayita', me gustaría que me vieras, a mí no me da pena, pero me gustaría que vieras la realidad

Me dijo que no, que prefería que mejor no.

Pienso que fue por lo que le pasó con su primera esposa, no quiere que le reviva el recuerdo, en fin, ya no le quise insistir, pero de todos modos seguí usando mi babydoll; a él no le gustaban los camisones ni las batas y a mi tampoco y mejor, siempre seguí

usando mi babydoll, claro que ahora no son los mismos de antes precisamente para que no me vea, pero si me viera, pues no me importa. Sólo uno lo conservé. Me compré 2 blusas de cuello redondo que cubren el short, esos son mis babydoll y con esos ando por ahí danzando mientras me meto en la cama y no me dé frío, pero no cambió nada, ese fue mi único cambio. Y cuando salgo del baño, no me gusta cubrirme mucho, incluso me baño con la ventana abierta, desde chiquita no me gustó bañarme encerrada en un lugar chiquito, luego sales y te da una pulmonía porque afuera hace frío, salgo con mi ropa interior y mi fondo, sólo así me ve, no me cubro

A GRUPO RETO sólo fui en los primeros meses, no voy muy seguido ahora, al principio no iba porque no salí para nada durante las quimioterapias, sólo a ver a mi mamá, porque como bajan muchos las defensas se nos recomienda que no andar en lugares conglomerados y cerrados y mi esposo era el que me dejaba en casa de mi mamá y me iba a recoger. Tampoco al deportivo estuve yendo, ¿a qué iba?, no me podía asolear, no me podía meter al agua, en el comedor hay gente que fuma, entonces no. Pero ya que terminaron mis tratamientos, entonces si fui un tiempo a RETO, pero mi esposo ya tenía ganas de que no fuera porque ya no sabe andar solito a todos lados, por eso se me va tanto tiempo en la calle, por eso descuido mucho la casa, porque a todos lados que va tengo que ir, pero eso es bueno, porque hablando ya de pareja te das cuenta de que gusta de tu compañía. Ahora voy a RETO de vez en cuando, porque mi esposo pone su carita triste.

Se que tuve un gran problema pero fijate que escribí una cosa que me ayudo mucho:

BENDITO MIEDO, BENDITA ANGUSTIA.

Creí que ya nada me hacía falta; de todo había yo tenido, gozado y aprendido; penas, carencias, obstáculos a vencer, preciosos trabajos, metas alcanzadas, éxitos logrados, alegrías, satisfacciones, respetos; padres, hermanos y compañero de oro, amén de otros querer de no menos valor y, finalmente, salud. En todo ello reconocía tu benevolencia, Señor, y me faltaban

minutos al día para agradecerla, y me sentía feliz y me sentía fuerte; más aun tenías otros regalos: el miedo, la angustia.

Señor, tú nos pones señales, tú nos haces advertencias, y no obstante ellas fingí ceguera y fingí sordera, tenía un gran miedo de lo que quizá ni existía. Por fin me armé de valor y acudí al profesionista quien me diagnosticó algo nada halagüeño, un mal que tal vez pude haber evitado.

Mi angustia fue inmensa, al pensar en la pena que esto causaría a mis seres queridos, VALENTÍA era la solución, más ¿cómo tenerla si una vez ya me había vencido el miedo?.

Volví a sentir tu apoyo, Señor, y dije: “Si tú has permitido esta situación es que sabes que la podré dominar, más dime cómo, pues sola no puedo” y oí tu voz que me decía “si haces alarde de FE, es el momento de practicarla”. Esta vez no fue sorda; saqué de su nicho esa arma poderosa y milagrosa que vence miedos y angustias y la empuñé al tiempo que repetía las palabras de tu divino Hijo “..... más hágase tu voluntad y no la mía”.

Ahora me siento bien, mis quereres están tranquilos de verme así; estoy empezando un nuevo futuro par el que me siento valiente. Gracias, Señor, por el miedo y la angustia a que me enfrentaste, pues gracias a ellos renové mi FE, fuente de fortaleza.

Para mucha gente pasan los años y no se repone, pero mientras sigan negando más se van a tardar, en cambio si lo acepta uno es más fácil o menos difícil, según se vea”.

ANEXOS

LA PREVENCIÓN

Anexo 1 *Productos y Costumbres de
cuidado,*
Factores de Riesgo para el cáncer
mamario

www.cirugest.com/Revisiones/Cir09-06/09-06-05.htm

Introducción

La variación geográfica en cuanto a incidencia y mortalidad se refiere, entre los diferentes países, sugiere que el riesgo de cáncer de mama está determinado por factores ambientales y de estilo de vida.

Factor de riesgo no es equivalente a causal. Por sí mismo, no es suficiente para que aparezca cáncer mamario.

A) Factores de riesgo principales

- A.1) Sexo, 1 varón por cada 100 mujeres.
- A.2) Edad, 90% se dan por encima de los 40 años, con un máximo entre 40 y 74. Dándose el 1.2% en menores de 30 años. Después la frecuencia aumenta progresivamente hasta alcanzar una gráfica en meseta entre los 45 y 55 años para finalmente aumentar de forma manifiesta. El riesgo de desarrollar un cáncer de mama entre los 80 y 85 años es el doble que en la mujer de 60 -65 años.
- A.3) Factores étnicos y raciales: Determinadas razas entre ellas la judía tienen mayor riesgo de tener cáncer de mama, independientemente de otros factores. También parece observarse que en el mismo hábitat las mujeres de raza blanca tienen mayor riesgo que las de raza negra.
- A.4) Historia familiar, sobre todo en primer grado y bilateral. Por ejemplo, el riesgo de presentar cáncer de mama aumenta de 1.5 a 3 veces cuando la madre o la hermana lo padecieron. Estas pacientes tienen un riesgo relativo mayor del 50% de padecer cáncer de mama antes de los 70 años. En su mayor parte atribuibles a factores ambientales compartidos. No está clara la relación de cáncer de mama en el varón como antecedente familiar. En la historia familiar de cáncer de mama. Hay que distinguir entre cáncer familiar, hereditario y esporádico:
 - o Cáncer esporádico: Sin antecedentes en dos o más generaciones.
 - o Cáncer familiar: Cuando en una determinada familia varios miembros de parentesco cercano sufren la enfermedad (abuela, tías, madre), es decir dos o más casos en parientes de 1º ó 2º grado. Se cree que se debe a factores circunstanciales, sociales, al azar o por factores genéticos.
 - o Cáncer de mama hereditario: Este tipo de cáncer de mama presenta un 5% del total frente al 13% del cáncer familiar. Es autosómico dominante. Patrón similar al familiar con asociación de otros tipos de cánceres. Una historia familiar de cáncer de mama en 1º o 2º grado se encuentra en un 10-20% de los casos, con un RR de 2-3. Cuando se da en hermana y madre y en edad joven el RR sube a 5-10.

B) Factores de riesgo relativos

- B.1) Antecedentes de cáncer de mama unilateral: Cuando una mujer ha tenido ya un cáncer de mama, el riesgo de tener otro contralateral aumenta 5 veces más que el resto de la población. A destacar el carcinoma lobulillar que presenta de 8-10 veces más riesgo de aparecer en la otra mama de forma simétrica.
- B.2) Antecedentes de cáncer de ovario o endometrio.
- B.3) Menstruación precoz (cuando inicia antes de los 12 años) y precocidad de comienzo de los ciclos ovulatorios, para el cáncer de mama, premenopáusico. Parece claro el efecto protector de la menstruación tardía.

B.4) Menopausia tardía (después de los 50 años). Una mujer con la menopausia natural antes de los 45 años tiene la mitad de riesgo que una de su misma edad con menopausia a los 55. Por cada 5 años de diferencia en la edad de la menopausia el riesgo de cáncer de mama se incrementa un 17%. Parece ser que una ovariectomía (extirpación de ovarios) antes de los 40 años reduce en alrededor del 75% el riesgo de padecer carcinoma de mama.

B.5) Edad del primer embarazo a término. Algunos autores consideran que tener el primer hijo antes de los 20 años supone disminución del riesgo en un 50%. El embarazo actuaría como factor protector. Sin embargo, se habla de un posible incremento del riesgo en mujeres con abortos antes del primer embarazo a término.

B.6) Radiaciones ionizantes, su efecto es directamente proporcional a la dosis e inversamente proporcional a la edad, permaneciendo de por vida. Por encima de 40 años el riesgo se reduce notablemente. Lo importante es la edad en la que se recibe la radiación. A este respecto y en cuanto a la mamografía se refiere, hay que destacar:

- o La baja radiación que produce una mamografía.
- o La importancia y necesidad de hacer mamografías aumenta con la edad (después de los 45 -50 años).
- o La radiación es mucho más negativa en mujeres jóvenes (10-19 años), cuando los órganos están en fase de crecimiento y maduración, no en la senectud que están en fase involutiva (en especial el tejido mamario), por tanto el hecho de realizar una mamografía anual podríamos decir que supone un riesgo despreciable.

B.7) Obesidad, sobre todo la abdominal y visceral, más en casos de mujeres jóvenes (en pubertad), así como en posmenopáusicas. Sobre todo por ingesta de grasas animales y carnes. Normalmente altera los ciclos menstruales, la secreción de progesterona y estimula el cáncer de mama posmenopáusico, así como empeora el pronóstico de éste. Es posible que el tamaño mamario tenga mayor valor predictivo de riesgo que la relación entre el peso y la talla. Pudiera ser que la talla se relacione con un mayor riesgo de cáncer de mama.

B.8) Tratamientos hormonales:

- o Anticoncepción hormonal: Su uso de 25 a 39 años no influye. Cuando se utilizan antes del primer embarazo, su influencia negativa posiblemente sea por retrasar éste. Se ha visto que en mujeres de cáncer de mama la toma de anovulatorios pueda acelerar el crecimiento tumoral. Es aconsejable que las mujeres con antecedentes familiares o hereditarios no tomen anovulatorios.
- o Terapia sustitutiva en perimenopausia con estrógenos, parece que el riesgo solo aumenta ligeramente y es posible que sea en casos de patología mamaria previa. Cuando se asocian progestágenos el riesgo puede no estar disminuido, aunque no está claro. Tampoco existen datos concluyentes, aunque parece ser que la toma durante más de 10 años hace subir rápidamente la incidencia
- o Hay evidencias de que unos niveles elevados de estrógenos y testosterona en mujeres posmenopáusicas se asocian con un mayor riesgo de cáncer de mama

B.9) Alcohol, el riesgo es proporcional a su consumo y sobre todo en gente joven. Todavía su influencia no está bien aclarada.

C) Factores dietéticos

El hecho de que el cáncer de mama esté aumentando en las capas altas de la sociedad, hace pensar en la forma de vida asociada a algunas costumbres pueden ser factores fundamentales para determinadas mujeres.

Parece ser que la dieta rica en grasas animales favorece la aparición de niveles altos de colesterol e indirectamente favorece la obesidad. Así también este factor aumenta el riesgo en pacientes posmenopáusicas.

C.1) La grasa y la obesidad sería la que a partir del colesterol pondría en marcha la producción de estrógenos vía suprarrenal y como consecuencia la aparición de la carcinogénesis.

C.2) Se han recomendado dietas con pocas grasas y menos de 2000 calorías.

C.3) Un alto consumo de frutas y verduras así como de ácidos grasos insaturados y determinados micronutrientes, parece ser que disminuyen el riesgo, aunque los resultados aun no son muy concluyentes.

C.4) Un ejercicio moderado y continuo parece que reduce el riesgo.

C.5) El tabaco parece que si aumenta el riesgo. Existen trabajos que indican un aumento del riesgo relativo así como de la agresividad del tumor. Lo que también hacen es alterar el metabolismo de los estrógenos y adelantar la menopausia.

C.6) El papel que juega el estrés aun no está aclarado. Hay indicios de que situaciones de estrés moderado no influyen, pero sí momentos de estrés intenso.

D) Factores de riesgo posibles

D.1) Alto consumo de alcohol

D.2) Alta ingesta de grasas

D.3) Alto consumo de carne

D.4) Anticonceptivos inyectables

NO AUMENTAN EL RIESGO

Cafeína, diazepam, reserpina, enfermedad tiroidea, colecistectomía, tintes para el pelo, etc. Las prótesis mamarias, no alteran el riesgo de cáncer de mama

Anexo 2 *El aliado químico...*
Tamoxifeno

Fundación Mariantonia Tous Carbó
www.fefoc.org

El Tamoxifeno (medicamento hormonal que impide la acción del estrógeno en la célula mamaria evitando así su multiplicación) se utiliza en el tratamiento del cáncer de mama. Pero también se ha ensayado para prevenirlo en mujeres de riesgo.

Un ensayo llevado a cabo por el National Institute of Health y el National Cancer Institute, de Estados Unidos, en el que se incluyeron mujeres con un riesgo equivalente al de una mujer de 60 años (mujeres de 35 años con dos familiares de primer grado con cáncer de mama e historia personal de biopsia; mujeres de 40 años sin hijos y con dos familiares de primer grado con cáncer de mama; mujeres de 45 años con dos familiares de primer grado afectados de cáncer de mama o un familiar de primer grado afectado de cáncer de mama más historia personal de biopsia).

En este estudio se incluyeron 13.338 mujeres que, al azar, unas recibieron Tamoxifeno y las otras, placebo (sustancia sin actividad).

Los resultados mostraron que el tamoxifeno previno la mitad de cáncer de mama, en todos los grupos de edad (con placebo 154 mujeres tuvieron cáncer de mama; con tamoxifeno, 83).

Otro beneficio del tamoxifeno fue la disminución de fracturas (71 con placebo por 47 con tamoxifeno).

Como efectos perjudiciales, no hubo diferencias entre ambos grupos en mujeres de menos de 50 años. Pero las mujeres de más de 50 años tuvieron problemas importantes. 33 del grupo tamoxifeno desarrollaron cáncer de endometrio, por 14 con placebo. También desarrollaron problemas vasculares, como trombosis profunda y embolismo pulmonar.

La ASCO (American Society of Clinical Oncology) recomienda tamoxifeno como preventivo en mujeres mayores de 35 años con un riesgo de desarrollar cáncer de mama equivalente al riesgo de una mujer de 60 años. Pero con sumo cuidado en personas con antecedentes de problemas vasculares. Por otra parte, todas las mujeres bajo Tamoxifeno deben ser revisadas cada 6 meses para diagnosticar, si se presenta, el cáncer de útero lo más precozmente posible.

Anexo 3 Preguntas más comunes
acerca del cáncer de mama
National Action Plan on Breast Cancer
www.napbc.org

1. ¿Qué probabilidades hay de que desarrolle cáncer de mama?

Es muy fácil de confundirse con las estadísticas que son usadas para describir su riesgo de cáncer de mama. Mucha gente piensa que el riesgo para todos en cualquier momento de ser diagnosticado con la enfermedad es de 1 en 8. Esta gente piensa que si están en un cuarto con otras siete personas más (un total de 8), que una persona en ese cuarto va a tener cáncer de mama ese año. Esto no es verdad.

La estadística más usada "1 en 8" es usada para describir un riesgo total en la vida, no el riesgo para una mujer en un año. Eso significa, que para cuando llegue a los 85 años de edad, que es considerado el promedio de vida para la mujer en Estados Unidos, su riesgo entonces será de 1 en 8. Si usted no a llegado a la edad de este promedio de vida, su riesgo es mucho menos.

Cuando vemos las probabilidades de desarrollar cáncer de mama en cualquier etapa de su vida y para entender mejor los riesgos vea la gráfica de abajo que le muestra dichos riesgos.

POSIBILIDADES DE DESARROLLAR CÁNCER DE MAMA POR EDAD			
25 años	1 en 19,608	60 años	1 en 24
30 años	1 en 2,525	65 años	1 en 17
35 años	1 en 622	70 años	1 en 14
40 años	1 en 217	75 años	1 en 11
45 años	1 en 93	80 años	1 en 10
50 años	1 en 50	85 años	1 en 9
55 años	1 en 33	90 Años y más	1 en 8

2. ¿Qué necesito hacer para vigilar la salud del seno ó glándula mamaria?

1. Hacerse una mamografía de rutina:

Hacerse una mamografía de base entre los 35 y los 40 años

Hágase un mamograma cada año después de los 40 años

2. Vea a su médico regularmente.

Un exámen del seno debe de ser parte de su exámen de rutina. Si tiene 40 años o más, debe obtener un exámen clínico de la mama de su médico una vez al año. Las mujeres más jóvenes pueden tener un exámen cada uno o dos años.

3. Hágase el autoexamen una vez al mes.

Si encuentra algo que sea anormal para usted, haga que su médico la examine.

3. ¿Cuándo tendría que ver a un doctor para un problema de la mama?

Conocer su cuerpo y sus mamas le ayudará a saber cuando esté teniendo algo que no es normal para usted. Recuerde que para la mayoría de mujeres, sus mamas normalmente cambian en tamaño durante todas las facetas de su ciclo menstrual. Así que es normal para casi todas las mujeres sentir las delicadas, o sentir otros cambios

normales del ciclo. Encontrar pequeños bultos como arroz puede ser también común para muchas mujeres.

Hacerse el autoexamen de la mama puede parecer un poco extraño las primeras veces, porque será difícil saber lo que es normal para sus usted. Con el tiempo, conocerá los cambios que son normales. Así, si encuentra un cambio podrá reconocer inmediatamente que es algo nuevo.

Cuando note un bulto o cambio en la consistencia del seno, debe de comunicarlo a su médico inmediatamente. Si persiste después de un ciclo menstrual, deberá de ser evaluada por un médico.

Si usted está en la postmenopausia, deberá de ver un doctor inmediatamente.

El dolor no se asocia usualmente con cáncer de mama. Es mas probable que sea relacionado con la presencia de un quiste o con su periodo menstrual.

4. ¿Qué debería de hacer si encuentro una masa o un bulto?

Visite a su médico si estas condiciones persisten. Mientras esta situación no requiere de un doctor inmediatamente, usted no debe de retrasar en hacer una cita. Si presenta secreción del pezón en las dos mamas, y es lechosa probablemente esté relacionada con cambios hormonales. La secreción de un solo lado, oscura o sanguinolenta puede ser más seria. En cualquier caso, debe de ser examinada por un médico.

5. ¿Cómo, el tener una historia familiar con cáncer de mama afecta mi riesgo de desarrollar cáncer de mama?

Menos de 10% de los casos de cáncer de mama son genéticos. En otras palabras, la mayoría de mujeres diagnosticadas con cáncer de mama no tienen una historia familiar de la enfermedad.

Si tiene un pariente cercano (mamá, hija, o hermana) que ha tenido cáncer de mama, usted tiene un riesgo mas alto de desarrollar esta enfermedad.

Si tiene una historia familiar con una o más parientes cercanas que hayan tenido cáncer en las dos mamas (cáncer de mama bilateral), particularmente que se haya presentado antes de la menopausia, puede ser una indicación de cáncer de mama con componente genético. Un consejero de genética puede ayudar a evaluar su riesgo, y el riesgo de otras mujeres en su familia.

Su Historia Familiar	Su Aumento de Riesgo
Una pariente cercana premenopáusic diagnosticada con cáncer de mama	3 Veces el promedio de una persona sin antecedentes
Una pariente cercana postmenopáusic diagnosticada con cáncer de mama	1.5-2 Veces el promedio de una persona sin antecedentes
Un pariente cercana premenopáusic con cáncer de mama bilateral	9 Veces el promedio de una persona sin antecedentes

Una pariente cercana posmenopáusica con cáncer de mama bilateral	3-5 Veces el promedio de una persona sin antecedentes
--	---

6. ¿Qué es la enfermedad de fibrosis y cómo afecta mi riesgo de desarrollar cáncer de mama?

La enfermedad fibrocística es un término para describir una amplia variedad de problemas del tejido mamario, de las cuáles la mayoría no están asociados con el alto riesgo del cáncer de mama. Estos problemas incluyen quistes (una masa llena de fluido), dolencias asociadas con masas de las mamas y fibroadenomas (una masa benigna). En la actualidad se utiliza el término condición fibrocística.

La condición fibrocística sin complicaciones, incluyendo simples fibroadenomas tienen una asociación insignificante con cáncer de mama subsiguiente. El único aspecto de la condición fibrocística que tiene una fuerte asociación con alto riesgo de cáncer es la hiperplasia atípica.

7. ¿Qué son las calcificaciones y que tienen que ver con cáncer de mama?

Calcificaciones son pequeñas acumulaciones de calcio en el tejido de mama. Casi todas las calcificaciones son benignas (no cancerosas) y son sólo una señal de la edad. Otras calcificaciones son causadas por cambios en los tejidos de las mamas, y por lo regular no son cancerosas.

Como sea, algunas calcificaciones pueden indicar la presencia de cáncer, o condiciones precancerosas. Para determinar si las calcificaciones son cancerosas el radiólogo va a ver el tamaño y forma de las calcificaciones en la mamografía, así como el número de ellas. Si las calcificaciones son localizadas (en una área de las mamas) y están en grupo esto puede ser indicación de una condición precancerosa o cáncer. En el caso que su radiólogo (la persona que lee su mamografía) recomiende una cita durante los próximos seis meses de detectar calcificaciones, el propósito es especialmente de comparar los dos resultados de mamografías, hechas en seis meses de diferencia. Esto ayuda al radiólogo a determinar si hubo o no cambios en las calcificaciones detectadas antes. Comparando estos mamográmas, el radiólogo puede tener más información acerca de las probabilidades que las calcificaciones sean problemáticas.

Es importante obtener otra mamografía cuando hay calcificaciones presentes. Es también común sentirse ansiosa al tener que esperar por seis meses para ver lo que ocurre. Asegúrese de comunicar su preocupación a su médico, porque el o ella pueden aclararle su posible riesgo y beneficios de esperar seis meses para su próxima mamografía.

8. Estoy preocupada acerca de mi historia familiar con cáncer. ¿Debería de hacerme la prueba genética?

Investigar acerca de su tendencia a heredar el desarrollo del cáncer de mama es una decisión difícil, y la cuál puede tener varias implicaciones. Es crucial entender lo que son los riesgos genéticos y cómo le pueden afectar. Desafortunadamente la mayoría de gente todavía piensa que el cáncer de mama es una enfermedad que se pasa a

familiares, y en muchos casos no es así. Más de 70% de gente diagnosticada con cáncer de mama no tiene historia familiar de la enfermedad, además 20-25% de individuales con cáncer de mama tienen factores de riesgo que no son necesariamente genéticos.

Eso significa que sólo 5 a 8% de todos los cánceres de mama que son diagnosticados son causados por un gene dañado que fue pasado por un familiar.

Hay características específicas de la historia del cáncer en la familia de la persona que pueden indicar la presencia de una alteración genética

Si usted tiene uno o más familiares cercanos (mamá, hermana, hija) que ha tenido cáncer de mama en una edad temprana (cáncer del seno antes de la menopausia en una pariente femenina).

Si usted tiene uno o más familiares cercanos (hijo, padre, hermano) pariente masculino que han sido diagnosticado con cáncer mamario.

Si usted tiene uno o más parientes cercanos que han sido diagnosticados con cáncer en las dos mamas, en una edad temprana.

Si usted tiene una o varias parientes cercanas femeninas que han sido diagnosticadas con cáncer en los ovarios antes de la menopausia.

Si usted es una persona de descendencia judía ashkenazi y tiene una historia de cáncer en la familia.

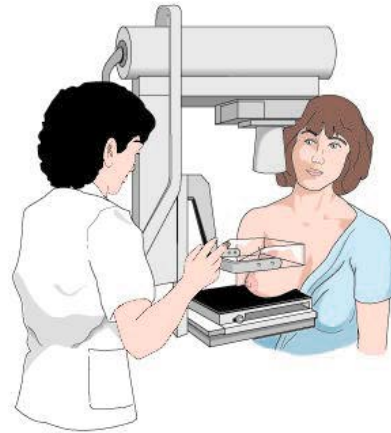
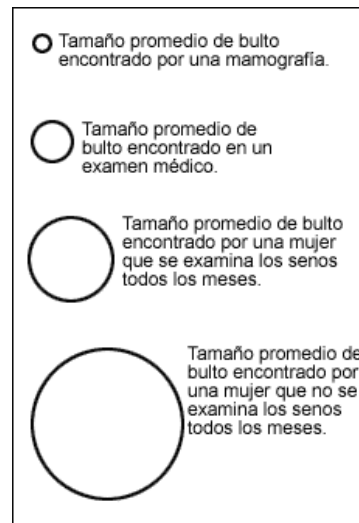
Sólo usted y su médico pueden determinar si el examen genético es una buena opción para usted. Además, en muchos hospitales grandes tienen clínicas de riesgo del cáncer, donde usted puede ir y hablar con un consejero que le pueda ayudar a evaluar su riesgo. Reunirse con un consejero especializado en el riesgo del cáncer puede ayudarle a determinar la probabilidad de que usted tenga una alteración genética.

El decidirse a hacerse el examen de los genes puede traer muchas implicaciones. Entre estas incluye el efecto en los miembros de la familia; acceso a seguro médico, posibilidades de discriminación en el trabajo y la posibilidad de saber que usted tiene el gene (cuando otros miembros de la familia no) o que usted no tiene alteraciones (cuando otros miembros de su familia lo tienen). Un consejero especializado en el riesgo del cáncer de mama puede ayudarle a anticipar y lidiar con estas implicaciones.

Anexo 4 La tecnología en pro de la prevención, La Mamografía

[Jesús González Barcha, MD](http://mimedico.net/dir_enfermedades/recomendac/mamografia.htm)

http://mimedico.net/dir_enfermedades/recomendac/mamografia.htm



La mamografía es una radiografía que se hace a las glándulas mamarias para detectar la presencia de crecimientos anormales dentro de ellas. Usualmente se obtienen dos radiografías de cada seno. El Instituto Nacional del Cáncer (NCI, por sus siglas en inglés) de los Estados Unidos de América, recomienda que toda mujer después de los 40 años, y hasta los 50 años, se realice una mamografía cada dos años, a no ser que se detecte una alteración; y después de los 50 años, debería practicarse una mamografía anual.

Las mujeres que tienen más riesgo de desarrollar tumores malignos de seno deben evaluar con su médico la necesidad de hacer exámenes más frecuentes.

Beneficios del examen:

Numerosos estudios han mostrado que las mamografías, cuando se realizan de la forma que se propone, ayudan a disminuir la posibilidad de morir por el cáncer, especialmente si la mujer tiene más de 50 años de edad. Se considera que si a 10.000 mujeres, de 40 años de edad, se les realizara cada año una mamografía, durante 10 años, se salvarían 4 vidas; mientras que si se hiciera esto con mujeres de 50 años, se evitaría la muerte de 37 mujeres. Por ello la insistencia en realizar el examen anual a las mayores de 50 años.

Limitaciones de la mamografía:

Puede que el mamograma detecte el tumor, pero no siempre garantiza que se salve esa vida. Aunque la mamografía puede detectar hasta tumores de 5 milímetros de diámetros, algunos de ellos son altamente malignos.

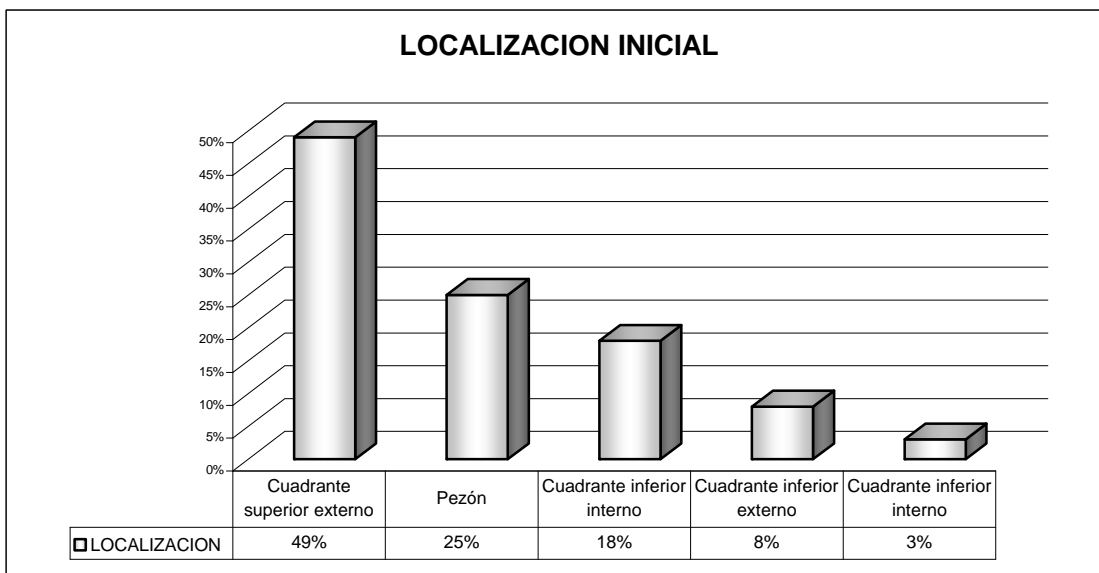
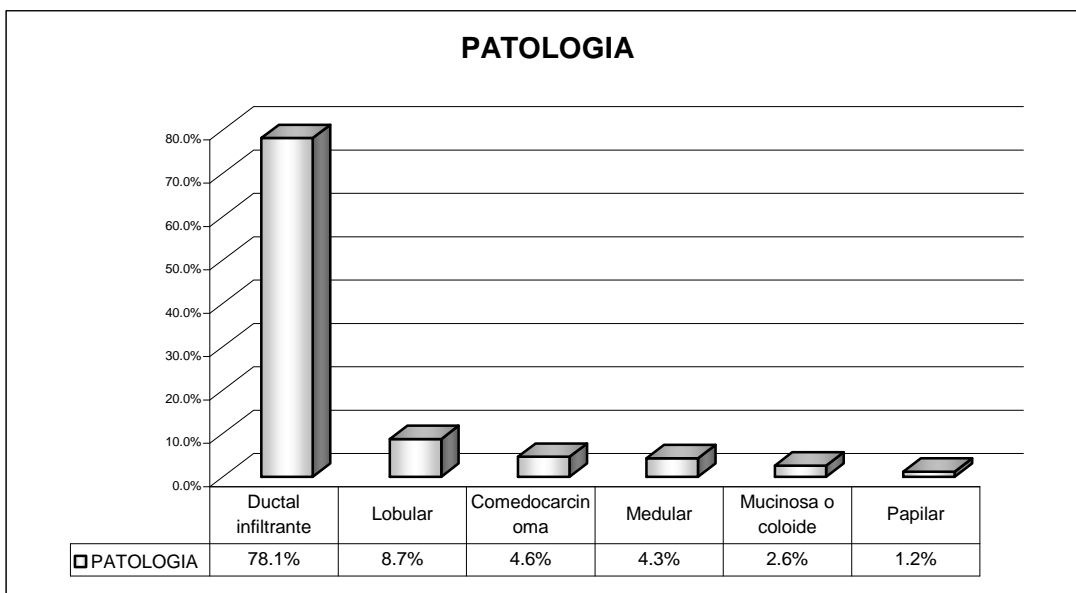
En algunas oportunidades el examen no detecta el tumor, especialmente cuando se realizan en mujeres jóvenes que tienen una alta densidad de tejido glandular, que puede ocultar la lesión. Se estima que el 25% de las veces se "escapa" la visualización del

tumor en las mamografías de mujeres menores de 50 años, por las explicaciones que se dieron anteriormente, mientras que esto solo ocurre en el 10% de los casos de las mujeres mayores.

En un 5 a 10% de los casos se informarán resultados sospechosos de cáncer que obligarán a la realización de otros estudios como ultrasonido (ecografía) del seno y biopsia, que resultarán negando la existencia de una patología maligna. Estos informes se consideran como falsos positivos y la gran mayoría de las veces esto ocurre en las mujeres jóvenes: cerca del 97% de los casos de reportes considerados como anormales, en mujeres entre los 40 y 49 años, resultan ser benignos, en comparación con el 86% de los casos de mujeres mayores de 50 años.

Anexo 5 Patología y localización del cáncer de mama

Fundación Mariantonia Tous Carbó
www.fefoc.org



Anexo 6 El cáncer de mama también es noticia

Casi un diez por ciento del cáncer de mama se hereda...Estrella digital

14 de enero de 2002

http://www.estrelladigital.es/001104/articulos/sociedad_medios/cancer.htm

ESTRELLA DIGITAL. Barcelona, España. La presencia de una mutación genética que se transmite de generación a generación es la causante de la aparición de la enfermedad.

El 9,5% de los cánceres de mama se producen en mujeres con una predisposición hereditaria a sufrir esta enfermedad. El dato se ha constatado en un programa piloto de detección que se lleva a cabo entre todas las habitantes de más de 50 años que residen en dos distritos barceloneses. Según los datos obtenidos, la presencia de una mutación genética que se transmite a las nuevas generaciones es la causante de este hecho.

Los responsables de este programa, promovido por el Instituto Municipal de Asistencia Sanitaria (IMAS), han explicado que desde hace cuatro años han hecho el seguimiento de casi 25.000 mujeres de entre 50 y 69 años, a las que cada dos años efectúan mamografías y pruebas complementarias, en el caso de que se obtengan indicios de algún tipo de tumor en el pecho.

Según los datos obtenidos en este programa piloto, que se presentarán en la V Jornada sobre el Cáncer de Mama que se celebrará en el Hospital del Mar de Barcelona, la presencia de una mutación genética que se transmite a una nueva generación se ha detectado en un 9,5% de los casos de cáncer diagnosticados.

Temor generalizado

Los expertos no consideran muy elevada esta cifra y afirman que contrasta con el temor generalizado de las mujeres que tienen antecedentes familiares de cáncer de mama.

Según han explicado la doctora Montserrat Casamitjana, del IMAS, "muchas mujeres creen que están en el grupo de alto riesgo porque su madre o su hermana han sufrido la enfermedad, pero es una creencia errónea".

El epidemiólogo Xavier Castells ha explicado que para ser incluidas en el grupo de alto riesgo, las mujeres deben tener dos antecedentes directos, la madre y una hermana, por ejemplo, y que además una de ellas haya desarrollado la enfermedad en los dos pechos o a una edad temprana.

El programa piloto de detección del cáncer de mama desarrollado en los distritos de Sant Martí y Ciutat Vella mediante el sistema de criba (revisión de toda la población potencialmente de riesgo) ha permitido detectar la enfermedad en el 6,5 por mil de las mujeres en la primera revisión, y en un 4,1 por mil en la segunda, dos años después.

El tiempo transcurrido entre la detección de la enfermedad y el tratamiento se sitúa en 25 días, un periodo que la doctora Casamitjana ha reconocido que no es satisfactorio

Identifican nuevo gen de susceptibilidad al cáncer de seno....AP

21 de abril, 2002

Actualizado: 3:43 PM hora de Nueva York (1943 GMT)

LOS ÁNGELES -- Se ha descubierto un gen que cuando sufre una mutación puede producir un mayor, aunque modesto, riesgo de sufrir cáncer de seno. El gen alterado, llamado CHEK2 ó CHK2, puede duplicar el riesgo de las mujeres estadounidenses de padecer cáncer de mama, calculado en 13%, dijeron los expertos.

Cerca del 1% de las personas --tanto hombres como mujeres-- lleva un gen con esa mutación. Pero el hecho de portar el gen no significa necesariamente que alguien esté destinado a desarrollar cáncer de seno, subrayaron los científicos.

Los expertos precisaron que, más bien, el riesgo es comparable con aquel que tiene una mujer cuya madre o hermana han sufrido cáncer de mama, o quien no tuvo hijos o quien experimentó la menopausia a una edad avanzada.

Michael Stratton, del Instituto de Investigación contra el Cáncer, en Londres, dijo que no se trata de que cualquier persona deba ir a hacerse pruebas para saber si tiene el CHK2. Stratton es coautor de un informe que detalla el hallazgo, publicado el domingo en la página de Internet de la revista Nature Genetics.

Los investigadores creen también que el gen incrementa diez veces el riesgo de los hombres de sufrir cáncer de seno. Sin embargo, este tipo de cáncer sigue siendo extremadamente poco común en hombres: sólo 1% de todos los casos de cáncer de mama se dan entre miembros del sexo masculino.

Un par de genes, BRCA1 y BRCA2, siguen siendo los únicos vinculados con un riesgo significativamente elevado de cáncer de seno. Los transmisores de tales genes tienen riesgo de desarrollar formas hereditarias de la enfermedad, hasta en un 86%.

Estudio a 1.071 pacientes

En la investigación, un grupo internacional de científicos, dirigido por equipos de Gran Bretaña y Holanda, estudió a 1.071 pacientes de cáncer de mama con historial familiar de la enfermedad, pero que no habían heredado el BRCA1 ni el BRCA2. Sus registros fueron comparados con un grupo de 1.620 individuos sanos.

En el grupo de los pacientes, el 5,1% de las mujeres y el 13,4% de los hombres habían heredado una versión defectuosa del CHK2, en comparación con 1,1% en total del grupo de control.

Las mujeres con genes CHK2 defectuosos no tienen mayor riesgo de cáncer que otras que también tienen versiones anormales del BRCA1 y BRCA2, según los científicos.

Los especialistas creen que las copias sanas de los tres genes están involucradas en la reparación genética en el interior de las células.

Copyright 2002 The [Associated Press](#)

Identifican mutación genética que podría incidir en el cáncer de mama...CNN

22 de abril, 2002

Actualizado: 12:01 PM hora de Nueva York (1601 GMT)

LOS ANGELES -- Un grupo de investigadores identificó un gen que, al entrar en mutación, podría aumentar el riesgo de contraer cáncer de mama.

El gen alterado, llamado CHEK2 o CHK2, puede duplicar el riesgo de padecer cáncer que enfrentan las mujeres estadounidenses, estimado en 13 por ciento, según los expertos.

Alrededor del 1 por ciento de las personas -- tanto hombres como mujeres -- es portadora del gen.

El hecho de portarlo no significa necesariamente que esa persona vaya a desarrollar cáncer de pecho, enfatizaron los científicos del Instituto de Investigación del Cáncer de Londres.

El riesgo, según el estudio, es comparable al que enfrentan las mujeres cuando tienen una madre o hermana con cáncer de mama, que nunca tuvieron hijos o cuya menopausia llegó en edades más avanzadas.

"No es algo (este gen CHK2) por lo que la gente debería hacerse pruebas para detectarlo", declaró Michael Stratton, co-autor del estudio, cuyos resultados fueron publicados en la edición actual de la revista Nature Genetics.

Los científicos creen que este gen también puede aumentar el riesgo de cáncer en los hombres. No obstante, este tipo de cáncer es muy poco frecuente entre hombres, y representa menos de un uno por ciento de todos los casos.

Los genes BRCA1 y BRCA2 son los únicos que tienen un riesgo significativo de causar cáncer de mama. Los portadores de estos genes enfrentan un riesgo de desarrollar formas hereditarias del cáncer en un porcentaje de hasta el 85 por ciento.

El nuevo estudio, en el que participaron investigadores británicos y holandeses, incluyó a 1.071 pacientes de cáncer de mama que tenían antecedentes familiares de la enfermedad pero que no heredaron el BRCA1 o el BRCA2.

Sus datos fueron comparados con los de un grupo de 1.620 personas sanas.

En el grupo de pacientes, el 5,1 por ciento de las mujeres y el 13,5 por ciento de los hombres habían heredado la versión defectuosa del CHK2, en comparación con el 1,1 por ciento registrado en el grupo de control.

Entretanto, tener el CHK2 defectuoso no aumentó el riesgo de cáncer para las mujeres que también tenían versiones anormales del BRCA1 o el BRCA2, según los investigadores.

El doctor Kenneth Offit, del Memorial Sloan-Kettering Cancer Center, de Nueva York, afirmó que los resultados tienen una relevancia limitada para el tratamiento clínico del cáncer de mama.

"Tienen una importancia científica, pero su uso para los pacientes es limitado por su relativamente bajo poder de previsión, en comparación con otros exámenes conocidos, por ejemplo, el de mutaciones de BRCA", señaló Offit, quien no participó en el estudio.

<http://cnnenespanol.com/2002/salud/04/22/mama/index.html>

Aprueban artefacto para concentrar radiación en cáncer de mama...AP

7 de mayo, 10:13 AM

WASHINGTON (AP) - Las mujeres a las que se ha extirpado un tumor canceroso de la mama próximamente tendrán una nueva opción de tratamiento: una manera de irradiar el lugar del tumor, no todo el seno.

La radiación interna dirigida a un blanco, llamada braquiterapia, es utilizada desde hace tiempo para tratar el cáncer de próstata, y algunos médicos habían encontrado la manera de introducir "semillas" de radiación profundamente en un seno.

El nuevo aparato, llamado MammoSite y fabricado por Proxima Therapeutics Inc., está diseñado para la braquiterapia de mama, y su aprobación el lunes por la Administración de Alimentos y Drogas (FDA) permitiría difundir el uso de este método.

Los partidarios de la braquiterapia observaron que un tratamiento como el de MammoSite dura cinco días en lugar de siete semanas como la radiación externa.

MammoSite "nos da una manera más sencilla de realizar la braquiterapia", que podría inducir a más médicos a proponerla a sus pacientes, dijo el doctor Frank Vicini, que estudió el aparato.

Este consiste de un catéter con un globo inflable a implantar en el lugar donde se encontraba el tumor. Luego se inserta una semilla radiactiva a través del catéter y se emite una dosis de radiación a través del globo. Luego se retira el catéter.

"Así se restringe la radioterapia a los tejidos con mayores probabilidades de alojar células cancerosas residuales", explicó Vicini.

Un estudio suyo indica que cinco años después del tratamiento, las mujeres sometidas a braquiterapia evolucionan tan bien como las que recibieron radiación externa.

Pero algunos médicos rechazan la braquiterapia porque, a diferencia de la radiación externa, no alcanza células cancerosas que pudieran hallarse en otras partes del seno.

Por eso, la FDA ordenó que el artefacto incluya la prevención de que no reemplaza la radiación total del seno, el procedimiento aplicado habitualmente tras la extirpación de un tumor.

Sostén eléctrico que detecta cáncer de mama...CNI

Viernes, 24 de mayo 10:01 AM

(CNI en Línea) Un grupo de científicos británicos diseñaron un novedoso sostén, el cual detecta la presencia de tumores en los senos de la mujer a través de impulsos eléctricos.

Las pruebas del revolucionario dispositivo están a punto de iniciarse en China con miles de voluntarias. Si las pruebas tienen éxito, la tecnología podría estar disponible en unos tres años.

El sostén, que utiliza pequeñas corrientes eléctricas que corren a través de los pechos, se basa en el principio de las diferencias que existen entre el tejido mamario sano y el tejido tumoral afectan la forma en que la corriente se desplaza.

El tejido más denso en los tumores ofrece mayor resistencia al desplazamiento de la electricidad, algo que un equipo sensible de medición puede detectar sin dificultad.

Los investigadores de la Universidad de De Montford, en Leicester, Reino Unido, quienes diseñaron el sostén, confían en que puede ser tan efectivo o más que la tradicional mamografía con rayos X, además de ser más seguro y barato.

Dieta y estilo de vida influyen en desarrollo de cáncer de mama...CNI

6 de junio 10:07 PM

(CNI en Línea) El lugar de residencia, el estilo de vida y la dieta son factores que marcan la posibilidad de que las mujeres padezcan cáncer de mama, destacó en Victoria (Canadá) Annie Sasco, investigadora de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Además dijo que la tasa de diversos tipos de cáncer de mama a nivel mundial se duplicó entre 1980 y 2000, pero que el aumento es mayor en países industriales como Estados Unidos, Canadá, Reino Unido y Europa, y menor en otros como China, con la tasa más baja del orbe.

La directora de Investigaciones de la OMC comentó en el marco de la Conferencia Mundial de Cáncer de Mama que se lleva a cabo en la capital de la provincia canadiense de Columbia Británica, que los factores genéticos no siempre entran en juego.

Claro esta, dijo, que como en la provincia de Quebec y otras regiones de Canadá, hay factores genéticos que entran en juego. El riesgo de cáncer de mama para una mujer se multiplica por seis si esa enfermedad afectó a la madre o una hermana antes de la menopausia.

El riesgo se multiplica 10 veces si la madre o hermana sufrieron un cáncer en los dos senos, añadió la especialista.

El hecho de que la incidencia sea mayor en los países industriales tiene que ver, según los investigadores, con el mayor uso de productos químicos en la vida cotidiana y en las industrias, el estilo de vida y la dieta.

La representante de la Red de Mujeres Ambientalistas de Reino Unido, Helen Lynn, dijo por su parte a los 800 delegados que asisten al Congreso que los estudios en su país localizaron más de 170 químicos en las grasas de la mama y del cuerpo de las mujeres.

Sasco aseveró por su lado que hay una clara relación entre el cáncer y la exposición al estrógeno (una hormona), a los cancerígenos que pululan en el medio ambiente, a la pubertad temprana y a la dieta.

Los expertos coincidieron en que productos químicos de uso común que mimetizan las hormonas naturalmente producidas por el organismo son responsables en el aumento del cáncer, y que están en grasas de animales en zonas aisladas y de los humanos en centros industriales.

Entre esos productos químicos figuran los organocloros usados en una gran variedad de productos, en especial en los pesticidas.

MPG-Con información de Notimex

Aumentan estrógenos riesgos de cáncer de mama...El Universal

Martes 09 de julio de 2002

AP

El Universal

Washington, EU. Informa un estudio que el consumo de la combinación estrógeno-progesterona incrementa también los problemas de ataques cardíacos y derrames cerebrales; aunque reduce el riesgo de cáncer de colon y fracturas de cadera

Los científicos del gobierno estadounidense concluyeron súbitamente el mayor estudio nacional sobre la terapia con estrógenos alegando que la aplicación prolongada de estrógeno y progesterona aumenta significativamente el riesgo de cáncer de mama, apoplejías y ataques cardíacos.

Seis millones de mujeres estadounidenses han usado una combinación de hormonas, ya sea por corto tiempo para aliviar los sofocamientos y otros síntomas de la menopausia, o porque los médicos pensaban que el uso prolongado podría prevenir los males cardíacos o la fragilidad ósea y en general mantener a las mujeres saludables.

Dos de esas suposiciones son erróneas, anunciaron hoy los Institutos Nacionales de Salud (NIH). El uso de estrógeno y progesterona durante todo el año aumenta el riesgo de una mujer saludable a sufrir apoplejías en un 41%, a ataques cardíacos en un 29% y al cáncer de mama en un 24%.

Empero, la terapia reduce en un tercio el riesgo de cáncer de colon y las fracturas de caderas aunque hay otras formas de prevenir esos males, indicaron los médicos.

Al llegar a la conclusión de que los riesgos son mayores que los beneficios, los NIH suspendieron un estudio iniciado hace tres años en 16 mil 600 mujeres y recomienda a otras mujeres que pregunten a sus médicos si deben utilizar la combinación estrógeno-progesterona o suspender sus tratamientos.

Si se usa para evitar los males cardíacos, "olvídese", destacó el doctor Jacques Rossouw, director interino del programa Iniciativa de Salud de la Mujer, un estudio auspiciado por los NIH. "Para la osteoporosis, en algunas mujeres podría ser recomendable. Para fomentar la salud en general, nuestro estudio demuestra que no es una buena idea".

Otros investigadores fueron más negativos.

"Recomendamos que los médicos dejen de recetar esta combinación para uso prolongado", dijo la doctora Suzanne Fletcher de la Facultad de Medicina de la Universidad de Harvard, en un editorial que acompaña a los resultados del estudio publicado en la página de internet de la revista Journal of the American Medical Association.

"Los riesgos de la droga son acumulativos con el tiempo".

Los encargados del estudio enfatizaron que las mujeres no se deberían preocupar porque los riesgos personales son mínimos.

Cada año, por cada 10 mil mujeres que toman la combinación estrógeno-progesterona se presentan ocho casos más de cáncer de mama, otros ocho de derrames cerebrales y otros siete de ataques cardíacos, y seis menos de cáncer de colon y cinco menos de fracturas de cadera.

La extensión de la realización de mamografías comporta un menor índice de mastectomías... British Medical Journal

2002;325:418

Un nuevo estudio, aparecido en el "British Medical Journal", podría arrojar un poco de luz en la controversia actual sobre la utilidad de las mamografías. Los investigadores del Centro para el Estudio y la Prevención del Cáncer de Florencia (Italia) concluyen que la extensión de los programas de cribado del cáncer de mama mediante mamografías ha conducido a un descenso de las tasas de mastectomías y a un aumento de la realización de cirugía más conservadora para la resección de estos tumores.

Estudios previos habían sugerido que la extensión de los programas de cribado había conducido a una mayor detección de tumores de mama, y así, a un mayor número de mastectomías. En este estudio, los investigadores italianos analizaron la realización de mamografías y mastectomías en 59.947 mujeres de 50 a 69 años, en un periodo de tiempo entre 1990, cuando se recogieron datos de 2.018 mamografías, y 1996, cuando un nuevo programa de cribado elevó esa cifra hasta 10.774 pruebas.

Los resultados muestran que la ampliación de los programas de cribado mediante mamografías comportó una reducción del 40% en el índice de mastectomías. También aumentó en un 50% la realización de intervenciones más conservadoras, como la lumpectomía, en la que sólo se extrae una pequeña cantidad de tejido sano adyacente al tumor.

La mastectomía radical en cáncer de mama no comporta una mayor supervivencia que la cirugía más conservadora... The New England Journal of Medicine

2002;347:567-575-23-08-2002

Un estudio que recoge casos desde 1971 muestra que la resección de ganglios linfáticos axilares y de tejido adyacente al tumor no aumenta la supervivencia de las afectadas.

Uno de los estudios más prolongados sobre el tratamiento del cáncer de mama, que recoge casos desde 1971, confirma lo que muchos especialistas han venido sosteniendo: las mujeres sometidas a mastectomía radical no viven más tiempo que las intervenidas con una cirugía más conservadora.

En la mastectomía radical se extirpa toda la mama, parte del tejido adyacente y los ganglios linfáticos de la axila. Durante años este tratamiento se consideró como el procedimiento estándar para todos los casos de cáncer de mama, independientemente de la extensión del cáncer. Sin embargo, ya en la década de 1960 se plantearon dudas sobre si esta estrategia ofrecía alguna ventaja sobre otros tipos de cirugía más conservadora.

Por ello, investigadores de la Universidad de Pittsburg (Estados Unidos) comenzaron en 1971 un estudio comparativo entre la mastectomía radical y la mastectomía total, en la que sólo se extrae la mama. Hoy en día el tratamiento de elección es la lumpectomía, más conservador porque sólo se resecciona el tumor y el tejido adyacente, practicando o no biopsias de los ganglios linfáticos.

Tras 25 años de estudio, los resultados de esta investigación, publicada en "The New England Journal of Medicine", muestran que en las 1.665 pacientes analizadas no se registra un aumento de la supervivencia en las mujeres sometidas a mastectomía radical, con o sin recurrencia de la enfermedad, que las intervenidas con mastectomía total.

Además, independientemente de si el cáncer se había extendido a los ganglios linfáticos o no, la mastectomía radical tampoco garantizó una mayor supervivencia, con o sin radioterapia adicional. Los autores también afirman que esta radioterapia puede ayudar a algunas pacientes. Aunque tampoco se ha demostrado que incremente la supervivencia, sí parece que contribuye a prevenir la recurrencia del tumor en los tejidos adyacentes al lugar de la resección.

Necesario intensificar campañas de prevención de cáncer de mama: SSA... Notimex

3 de septiembre, 05:00 PM

México, 3 Sep (Notimex).- El subsecretario de Prevención y Protección de la Salud, Roberto Tapia, afirmó que las campañas para prevenir cáncer cérvico uterino y de mama deben intensificarse en el país ya que por ambos padecimientos mueren al año ocho mil mujeres.

El funcionario de la Secretaría de Salud (SSA) indicó que se deben redoblar esfuerzos en la detección ya que México aún tiene la oportunidad de evitar niveles mayores de incidencia de estas neoplasias y salvar vidas.

Entrevistado al término de la ceremonia donde se anunció la carrera femenil "Avon-Reto un Beso por la Vida", expuso que del 100 por ciento de las mujeres afectadas, el 60 por ciento muere por padecer cáncer de cérvix y 40 por ciento de mama.

Tapia mencionó que el sector salud ha canalizado importantes inversiones para contar con los equipos necesarios de detección de ese mal, pero resaltó que en esa tarea se requiere mayor participación de la mujer, a fin de que de manera constante y oportuna se otorguen los tratamientos correspondientes.

Destacó las campañas de algunas empresas privadas cuya finalidad es sensibilizar a la población sobre este problema y recaudar fondos que se suman a los que destinan los estados y la Federación.

El subsecretario indicó que el número de casos detectados de cáncer cérvico uterino han disminuido en el país; en 1997 había cuatro mil 600 y en la actualidad son cuatro mil 300, en tanto que las neoplasias de mama afectan a tres mil 500 mujeres. "Se debe evitar que la cifra ascienda, a través de la detección oportuna".

Por su parte, el presidente y gerente general de Avon México, León Zlontnik, señaló que desde su fundación en 1992, la Cruzada Mundial Avon contra el Cáncer se ha dado a la tarea de recaudar fondos para apoyar a la investigación, prevención, diagnóstico y tratamiento de este padecimiento.

En ese sentido, informó que a la fecha se han captado 190 millones de dólares, de los cuales México ha aportado más de 47 millones para el desarrollo de programas de atención a la mujer y que han sido destinados a la Asociación Mexicana contra el Cáncer, a la Secretaría de Salud, al GRUPO RETO y al Instituto de Cancerología.

De este modo, se ha facilitado la atención a más de siete millones de mujeres mexicanas, se han hecho más de seis millones 421 mil 380 exámenes clínicos, 206 mil 425 tratamientos y se ha atendido a más de 180 mil 811 mujeres de 367 municipios de 11 estados.

Actualmente, dijo el directivo de Avon México, se estima que casi 12 millones de mujeres mexicanas están expuestas a esta enfermedad.

Estudio chino resta importancia al autoexamen de los senos...AP

2 de octubre, 07:29 AM

WASHINGTON Copyright 2002 The Associated Press. All rights reserved. - Las mujeres que se examinan sus senos no son capaces de detectar los tumores con la suficiente antelación como para reducir el riesgo de morir de cáncer de mama, sugiere un estudio de una década sobre más de 260.000 mujeres en Shanghai.

El doctor David Thomas, autor principal del estudio, dijo que las mujeres no deberían dejar de examinarse los pechos por sí mismas, pero que deberían tener expectativas realistas sobre el valor de dichos exámenes.

Agregó que el autoexamen no debe ser sustituto de la mamografía.

La conclusión arroja luz sobre las informaciones a menudo contradictorias que se han dado a las mujeres sobre el tema en el último año. Un estudio a principios del 2003 cuestionó el valor de los mamogramas para detectar el cáncer de mama y salvar vidas.

Thomas dijo que el reciente estudio, que se publica el miércoles en el Journal of the National Cancer Institute, plantea interrogantes sobre el tiempo y los gastos que requiere enseñar a las mujeres cómo examinarse sus senos, especialmente en los países en desarrollo.

Sus conclusiones se basan en los esfuerzos de una década por enseñar a empleadas de fábricas en Shanghai, China, el modo correcto de autoexaminarse los senos y determinar si el esfuerzo incidió en las tasas de muertes por cáncer.

"Pese al hecho de que hemos invertido todo este tiempo y esfuerzo en enseñar el autoexamen de los pechos, las mujeres no pudieron detectar los bultos con anticipación suficiente como para establecer una diferencia", dijo Thomas.

En países más pobres, donde la mamografía no está disponible regularmente, Thomas dijo que el estudio sugiere que las autoridades de salud pública no deberían gastar sus fondos limitados para enseñar el autoexamen sino en otros programas, incluyendo inmunización.

En Estados Unidos, donde la mamografía es común, los médicos no deberían poner énfasis en el autoexamen, opinó. "A menos que una mujer tenga una intensa motivación, yo no la estimularía porque podría ser una pérdida de tiempo", afirmó.

Pero otros expertos dijeron que el estudio no afectará sus recomendaciones de que las mujeres se autoexaminen entre revisiones médicas rutinarias.

"Sigue siendo importante que las mujeres se familiaricen con su propia anatomía, y por cierto la enseñanza de los signos y síntomas del cáncer es valiosa", dijo el doctor Benjamin Anderson, cirujano y director médico clínico del Programa de Cuidado de los Senos e Investigación Oncológica en la Universidad de Washington. "Seguiremos recomendando un autoexamen mensual como parte del cuidado rutinario".

Extirpación de tumor es tan efectiva como la mastectomía...AP

17 de octubre, 10:39 AM

BOSTON Copyright 2002 The Associated Press. All rights reserved. - Durante la mayor parte del siglo XX, la mastectomía, o extirpación del seno, era la solución preferida por los médicos para las pacientes de cáncer de mama.

Pero dos estudios a largo plazo publicados el jueves ofrecen una poderosa confirmación de que la mera extirpación de los tumores en los senos puede salvar tantas vidas como la mastectomía. La conclusión podría cambiar el modo en que se tratan miles de casos de la enfermedad.

"Es hora de sepultar el argumento que se oponía a la conservación del seno", declaró la doctora Monica Morrow, especialista en cáncer de mama de la Universidad Northwestern.

Muchos médicos empezaron a sospechar en los años 80 que en las mujeres cuyos tumores no se había propagado, la mastectomía no obtenía mejores resultados que la mera extirpación de los bultos.

Morrow dijo que los 20 años de investigación subsiguientes deberían convencer "aun a los más escépticos".

Su nota editorial se publica el jueves junto con dos estudios en la New England Journal of Medicine. Los estudios --uno italiano y el otro estadounidense-- indican tasas mortales similares después de 20 años para grupos numerosos de mujeres que se sometieron a mastectomías o a extirpación de los tumores solamente.

Hacia fines de los años 80, este último procedimiento ya se aceptaba universalmente en igualdad de condiciones con la mastectomía para los casos de cáncer que no se hubiese propagado.

Sin embargo, la extirpación del tumor no siempre se ofrece a las mujeres candidatas a la operación. Los investigadores del estudio publicado el jueves esperan cambiar esa situación.

Los investigadores en el Instituto Europeo de Oncología en Milán dividieron a 710 pacientes en dos grupos: una se sometió a mastectomía y otra a la extirpación de los tumores con radiación. A la larga, aproximadamente una cuarta parte de cada grupo murió de cáncer de seno en el término de 20 años.

El estudio estadounidense a 1.851 mujeres, respaldado por el gobierno y efectuado por la Universidad de Pittsburgh, también halló pocas diferencias de supervivencia entre dos grupos similares. Un tercer grupo de mujeres que se sometieron a extirpación de los tumores sin radiación también tuvo un índice de supervivencia similar a las demás, aunque el cáncer fue más recurrente que entre las mujeres que tuvieron tratamiento con radiación.

El cáncer de seno afecta a 190.000 mujeres por año, de las cuales mueren 40.000.

Un 90% de las mujeres con la enfermedad en su primera etapa son candidatas razonables para la extirpación del tumor únicamente, según Morrow. Y sin embargo sólo el 68% lo eligió, según una encuesta en 1998 del Colegio Estadounidense de Cirujanos.

El autor principal del estudio de Pittsburgh, el doctor Bernard Fisher, dijo que muchas mujeres que podrían haberse sometido a ese tratamiento prefirieron la mastectomía ante la suposición de que la extirpación de todo el seno solucionaba radicalmente el problema. Pero agregó que las evidencias demuestran que no tienen mejor índice de supervivencia.

Internet estimula a pacientes a buscar datos de salud...Reuters

4 de noviembre, 11:16 AM

LONDRES Por Patricia Reaney (Reuters) - Una de las primeras decisiones de Alexis Haines, tras enterarse de que tenía cáncer de mama, fue buscar datos sobre su enfermedad en Internet.

En vez de sólo confiar en lo que dicen los médicos, la familia, las amistades y los libros, Haines, y millones de otros enfermos como ella, están acudiendo cada vez más al espacio cibernético en busca de información sobre sus padecimientos.

Cuando se hace una búsqueda internética con la palabra salud, o health, en inglés, el resultado es de unos 82 millones de ciberpáginas, casi 13 millones de ellas versan sobre cáncer y más de nueve millones sobre sida. Por lo tanto, la Internet constituye un conjunto abrumador de hechos y cifras sobre prácticamente cualquier problema que afecta a los seres humanos.

"Es parte de la caja de herramientas que utilicé para lidiar con esto", dijo Haines, una londinense de 49 años.

Haines rastreó varias ciberpáginas científicas, buscó ciber sitios de autoayuda para pacientes con cáncer y se unió a cuartos de charla para conversar y aprender lo que más pudiera sobre el cáncer, tratamientos alternativos, nutrición y la mejor forma de luchar contra la enfermedad.

"Cuando uno desarrolla cáncer, uno quiere obtener la mayor información posible, pero después se llega a un punto en el que uno se atemoriza a sí mismo y tiene que parar", añadió.

CAMBIO EN LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE

La época en la que los pacientes se sentaban a esperar a que sus médicos les dijeran cuáles eran sus problemas y qué era lo que tenían que hacer ha terminado. En la actualidad, los enfermos participan activamente en el cuidado de su salud y se arman de información que luego exponen a sus médicos.

Como promedio, el 32 por ciento de los europeos y el 53 por ciento de los estadounidenses utilizan la Internet para buscar información de salud, según un sondeo de la firma Datamonitor.

"La mayoría de los consumidores obtiene la información de los ciberportales. Escriben sus síntomas o (el nombre) de una condición específica y, basados en lo que reciben, navegan a través de estas páginas", dijo David Deon, autor del informe de Datamonitor sobre el uso de la Internet.

Cuando Haines comenzó su búsqueda internética obtuvo más información de la que esperaba.

"Lo primero que hice fue escribir la palabra 'senos' (en el buscador de Internet) y lo que obtuve fueron varias páginas pornográficas", dijo Haines.

Sin embargo, a pesar de esta sorpresa, Deon considera que la Internet no sólo ayuda a la gente a informarse más sobre su enfermedad sino que también cambia la relación entre el médico y el paciente.

"Existía un desbalance entre la cantidad de información disponible para los médicos y para los pacientes. Con el nacimiento de la Internet, los consumidores tienen acceso a esta información", explicó.

Dicha información "ayuda a los pacientes a progresar. Otorga poder a los pacientes para que tengan mayor participación en el cuidado de su salud", agregó.

UN APETITO INSACIABLE

Nick James, especialista en cáncer de la Universidad Birmingham y fundador de un ciber sitio británico de autoayuda para enfermos con cáncer, posee experiencia de primera mano acerca de cómo la Internet puede ayudar a pacientes y a médicos.

"Es más fácil sostener una conversación con alguien que está informado. La conversación se desplaza a otro nivel", dijo.

Alrededor del 10 por ciento de los ancianos con cáncer que James atiende usa la Internet para buscar información. Un 45 por ciento le pide a otra persona que busque datos sobre su enfermedad.

"La mayor parte del uso de Internet es por encargo, es decir, otra persona que busca información para ellos (los ancianos). Casi siempre son amigos o familiares. En un pequeño porcentaje es un médico o enfermera", dijo James.

"La gente que busca afanosamente información son personas más jóvenes que tienen problemas" de salud, añadió.

El apetito insaciable por la información de salud se refleja en la popularidad de la ciberpágina www.cancerhelp.org.uk, que James comenzó el año pasado.

"El tráfico en esta ciberpágina ha aumentado considerablemente. El año pasado, en esta época, tuvimos 700.000 visitas por mes. En agosto recibimos hasta 7,8 millones de visitantes en un mes", señaló James..

A pesar del número de ciber sitios similares con información de salud y sobre cáncer en Estados Unidos, entre el 30 y el 40 por ciento de los visitantes de la ciberpágina británica son estadounidenses.

James dijo que hay una gama de factores que separan a los buenos ciber sitios de los mediocres. La precisión, la credibilidad, la rapidez y la facilidad de acceso son los factores principales.

Las mejores ciber páginas son las más fáciles de navegar y las que permiten a los pacientes seleccionar la información que desean, e ignorar la restante.

"Mi impresión es que la información que los pacientes traen de Internet a la clínica es casi siempre adecuada", dijo. "Creo que quienes usan la Internet son buenos sorteando la información, de manera que ven lo que les interesa y desechan lo demás".

Deon no tiene dudas acerca de que la Internet ha aumentado la conciencia sobre la salud y citó a los "cibercondríacos", gente que busca febrilmente información de salud en la Red, como ejemplo.

"Quienes típicamente no llamarían a sus médicos son más activos y toman medidas para obtener tratamiento", indicó.

Por su parte, Haines está tan convencida de los beneficios de la Internet que tiene planes de establecer su propia ciberpágina para mujeres que, como ella, poseen una mutación genética que aumenta las probabilidades de desarrollar cáncer de mama

Anexo 7 Esquema de autoexploración mamaria

allwomenscenter.com/breastexam.htm

1. Con buena iluminación y frente a un espejo coloque sus manos detrás de la cabeza y eleve los codos. Observe ambos senos, su forma, tamaño, si hay masas (bulto) o depresiones (hundimientos), cambios en la textura y coloración de la piel y posición del pezón.



2. Para examinar su mama derecha, coloque su mano derecha detrás de la cabeza elevando el codo. Como lo indica la imagen siguiente



3. Con su mano izquierda, con la yema de los dedos, presione suavemente con movimientos circulares.



4. Continúe dando vuelta a la mama como las agujas del reloj. Palpe toda la superficie en completando toda la mama, determine la presencia de masas o dolor.



5. Examine el pezón, siempre igual posición con su dedo pulgar e índice, presiónelo suavemente, observe si hay salida de secreción o sangrado.

6. Ahora examine su mama izquierda, siguiendo los pasos anteriores. Examine la axila con la yema de los dedos y movimientos circulares tratando de determinar la presencia de masas.

7. Para examinar su mama izquierda, coloque su mano izquierda detrás de la cabeza elevando el codo, siga los pasos anteriores.

8. Acuéstese y coloque una almohada o un trapo grueso doblado, bajo su hombro derecho. Para examinar su mama derecha, coloque su mano derecha detrás de la cabeza elevando el codo.

9. Con la mano izquierda, con la yema de los dedos, presione suavemente con movimientos circulares.



10. Continúe dando la vuelta a la mama. Palpe toda la superficie en busca de una masa o zona hundida.

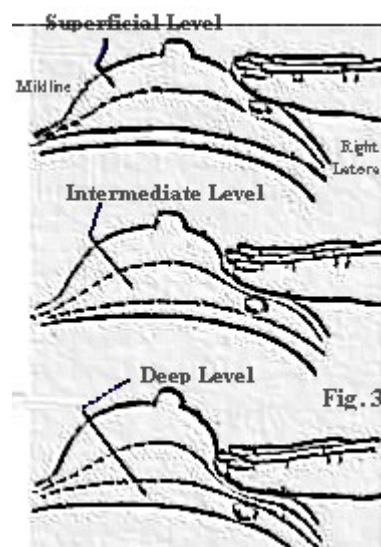


11. Para examinar su mama izquierda, coloque su mano izquierda detrás de la cabeza elevando el codo, siga los pasos anteriores.



RECOMENDACIONES:

Examine cada uno de dichos círculos variando la compresión de sus dedos, para examinarlos en tres niveles, comenzando con el nivel superficial para después aumentar la presión de sus dedos a un nivel intermedio y al nivel mas profundo.



Realice el examen una vez al mes.

Una semana después del inicio de su menstruación, si no menstrúa (menopausia), elija un día fijo de cada mes para realizárselo.

Este examen le permite conocerse mejor, detectar cualquier cambio.

Si encuentra cambios en la forma, tamaño de las mamas, masas, hundimientos, pezón hundido o torcido, salida de sangre o alguna secreción del pezón, consulte a su médico inmediatamente.

Es muy importante que las personas se hagan el examen y mamografías, si están dentro de las siguientes categorías:

Mujeres mayores de 50 años

Mujeres mayores de 40 cuyas madres o hermanas han tenido cáncer de los pechos.

Mujeres que no han tenido hijos o que empiezan su familia después de los 30 años.

Mujeres que han tenido cáncer en un pecho.

Mujeres que han aumentado su peso

Anexo 8 GRUPO RETO en la Republica Mexicana

Localidad	Dirección	Teléfono
Acapulco, Gro.	Rinconada Cliper Ed. 4 Depto. 7 Mod. Social Foviste.	(74) 85-49-81 (74) 95-21-24 (74) 85-27-67 (fax)
Chihuahua, Chih.	Elia #1809 Lomas de SantuarioC.P.31280	(14) 11-59-70 (14) 11-14-44 (fax)
Ciudad Juárez, Chih.	Fraccionamiento Raúl García	(16) 18-43-02 (16) 11-36-58
Cuernavaca, Mor.	16 de septiembre #115Jardines de Aceptzingo, C.P.62447	(72) 12-87-32 (72) 3-22-08-62 (72) 12-39-95 (fax)
Durango, Dgo.	Priv. Villa Florencia #8Barrio de Tierra Blanca	(18) 11-99-04 (18) 12-83-05 (fax)
Guadalajara, Jal.	Paseo de la Arboleda #938-3	(3) 1-21-13-52
Irapuato, Gto.	Misión #236Cd. de los Olivos	(462) 6-70-53 (462) 4-91-91 (fax)
La paz, B.C.	Bari #2310 entre Normal y JuárezFracc. La PerlaC.P. 23040	(112) 2-46-30 (112) 2-14-33 (fax)
León, Gto.	Colmenar de Campestre #1018C. P. 37160	(47) 81-06-38 (47) 18-84-88 (47) 70-91-95 (fax)
Morelia, Mich.	Acatita de Baján #254Unidad Foviste Acueducto	(43) 24-25-65 (43) 17-30-25 (fax)
Puebla, Pue.	10 Sur #3503Col. AnzuresC.P. 72530	(22) 32-62-50 (22) 37-59-89
Pachuca, Hgo.	Av. Cd. De los Niños #205Fracc. La HaciendaC.P. 42070	(771) 8-25-27 (771) 8-49-65
San Luis Potosí, S.L.P.	Gabilondo Soler #101Col. Jardines del Estadio	(48) 13-21-68 (48) 11-07-34 (fax)
Querétaro, Qro.	Francisco Kino #74-201Col. Cimatario	(42) 16-71-75 (42) 15-78-12 (Fax)
Toluca, Tol.	Mariano Matamoros #1710 SurCol. Moderna de la CruzC.P. 50180	(72) 17-45-95 (72) 17-45-42 (72) 14-72-07 (72) 19-35-13
Oaxaca, Oax.	Ave. México #101San Felipe del Agua	(951) 5-81-31 (951) 6-28-12 ext. 118 (951) 4-70-20 (fax)
Villahermosa, Tab.	Hospital Juan G. De JesúsAve. Gregorio Méndez #1838Col. TalmalteC.P. 86150	(93) 51-11-77 (93) 54-01-09 (93) 56-00-99 (fax)

BIBLIOGRAFÍA

- 1) Caja costarricense de Seguridad Social. Autoexamen. 1997.
- 2) Cáncer de mama. //samam.org.ar.
- 3) Cáncer de mama. www.cancerlinks.com.
- 4) Cáncer de mama. //www.vme.org/12_info.htm.
- 5) Cáncer Mamario. www.aventispharma.com.ve/mamas.htm.
- 6) Cobo Medina Carlos. Ars Moriendi, Vivir hasta el final.
www.iespana.es/La Muerte Humana/antologia2b.htm.
- 7) Cobo Medina Carlos. El Valor de Vivir. www.iespana.es/La Muerte Humana/antologia3b.htm.
- 8) Cobo Medina Carlos. Los Tópicos de la Muerte. www.iespana.es/La Muerte Humana/antologia.htm.
- 9) Del Río Reynaga, Julio. Periodismo Interpretativo, El Reportaje.
Editorial Trillas, México 1990.
- 10) Factores de Riesgo. www.cirugest.com/revisiones/cir09-06/09-06-05.htm y www.saludhygeia.com.
- 11) Fundación Mariantonia Tous Carbó, Cáncer de mama.
//www.fefoc.org
- 12) Gaillard, Philippe. Técnica del Periodismo. Capítulo III, El reportaje.
Serie Que sé 77, Editorial Oikos – Tau Espasa. 1ª. Edición, 1972. Págs.
51-61 y 72-74.
- 13) Gómez Ceja, Guillermo. Metodología de investigación para áreas sociales. Colegio de Licenciados en Administración de México A.C.,
1ª. Edición, México 1980.

- 14) Goodwin, H. Eugene. A la búsqueda de una ética en el periodismo. Capítulo 9, La Privacidad. Ediciones Gernika, 3ª edición. México 1994. Págs. 289-324.
- 15) Halperín, Jorge. La entrevista periodística, intimidades de la conversación pública. Capítulo XII. Momento de la Edición. Editorial Paidós, Estudios de la Comunicación. 1ª. Edición. Argentina 1995. Págs. 149-154.
- 16) Ibarrola Javier. Técnicas Periodísticas 2, La entrevista. Capítulo I, ¿Qué es la entrevista? Ediciones Gernika 2da edición, México, 1986. Págs. 15-35.
- 17) Ibarrola Javier. Técnicas Periodísticas 3, El reportaje. Capítulo III, Tipos de Reportaje. Ediciones Gernika 3a edición, México 1988. Págs. 47-75.
- 18) Implantes mamarios.
[//bvs.sld.cu/revistas/onc/vol14_2_98/onc04298.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/onc/vol14_2_98/onc04298.htm).
- 19) Instituto Nacional de Oncología de Argentina.
www.oncologia.org.ar/guia1-3.htm.
- 20) Lazcano Ponce, Eduardo César y López Ríos, Olga. La epidemia de cáncer de mama en México ¿Consecuencia de la transición demográfica?, Salud Pública Mexicana, 1997.
- 21) López, Manuel. Como se fabrican las noticias, fuentes, selección y planificación. Capítulo II. Las fuentes informativas y III Selección, Inclusión y Exclusión. Editorial Paidós, papeles de comunicación No. 9, 1ª. Edición, España 1995. Págs. 31-48.
- 22) Mamografía. [//mimedico.net/dir_enfermedades/recomendac/mamografia.htm](http://mimedico.net/dir_enfermedades/recomendac/mamografia.htm).

- 23) Martínez Albertos, José Luis. Redacción Periodística, los estilos y los géneros de la prensa escrita. Capítulo VII. Géneros periodísticos informativos: el Reportaje. Editorial A.T.E., España, 1974. Págs. 101-121.
- 24) Mastectomía
www.tuotromedico.com/temas/cirugía_para_el_cancer_de_mama.htm.
- 25) Material de apoyo del GRUPO RETO.
- 26) Medina, Alfredo y Ponteviny, Adela. Radioterapia. Manual para el paciente oncológico. IMSS, 1998.
- 27) Millán Lucindo, Maite; Plumed, M^a. Isabel Lucía; Sánchez Casas, Begoña; Silvestre Soriano, Teresa y Soguero Pérez, M^a Mar. Cuidados tras el Alta Hospitalaria del Servicio de Cirugía del Hospital Obispo Polanco de Teruel de España.
www.opolanco.es/Apat/Boletin13/#Psicología.
- 28) Montero Ruiz, Juan. Historia del tratamiento del cáncer de mama.
[//www.uninet.edu](http://www.uninet.edu).
- 29) National Cancer Institute, www.cancerstop.net y <http://cancer.gov/publications>.
- 30) National Action Plan on Breast Cancer. www.napbc.org.
- 31) Programa de terapia física, preoperatorio y pos-operatorio en paciente de cáncer de mama. Revista de Salud Pública y Nutrición. No. 1-2000.
- 32) Recomendaciones para cirugía de mama. www.cancer.org.
- 33) Reconstrucción de la mama tras mastectomía.
www.cfnavarra.es/salud/anales/testos/testos3/revis1a.html.

- 34) Recuperación emocional tras la mastectomía.
[//www.cancerlingk.com/indez.html](http://www.cancerlingk.com/indez.html).
- 35) Reynoso, Eduardo. Manual para el paciente: La quimioterapia y su utilidad. Centro Médico Nacional Siglo XXI, del IMSS.
- 36) Robles, Francisca. Taller de Investigación en Comunicación II, Haciendo la Tesis. UNAM, F.C.P.S. SUA. 1ª. Edición, México 1996.
- 37) Rodríguez, Pepe. Periodismo de Interpretación, Técnicas y Estratégicas, Editorial Paidós, Papeles de Comunicación No. 7, 1ª. Edición, España 1994. Págs. 21-161 y 201.
- 38) Sánchez, Guadalupe, Cáncer de mama su problemática mundial. Magazine Salud. Junio 2001, www.cancerenmexico.org.mx.
- 39) Sherwood, Hugh C. La entrevista. Capítulo III, Como conseguir la entrevista y IV, Como prepararse para una entrevista. Editorial A.T.E., España 1976. Págs. 31-63.
- 40) Sociedad Argentina de Estudios Oncológicos. Autoexamen.
[//www.lalcec.rs.com.ar/mamas.htm](http://www.lalcec.rs.com.ar/mamas.htm).
- 41) Solórzano Luna, Gilberto, El Cáncer en la Mujer., Jefe del Departamento de Ginecología Oncológica del Instituto Nacional de Cancerología. www.cancerenmexico.org.mx.
- 42) Toussaint, Florence. Crítica de la información de Masas. Serie Temas Básicos. Editorial Trillas ANUIES, 3ª. Edición. México 1997. Pág. 20.
- 43) Tratamiento cáncer de mama. [//www.cancerweb.org](http://www.cancerweb.org).
- 44) Tratamiento PDQ, cáncer de mama. [//www.cancer.net](http://www.cancer.net).
- 45) Tratamiento quirúrgico del cáncer de mama: Mastectomía. Indicaciones, Técnicas y Complicaciones. Tratamiento conservador en el cáncer de mama. www.uninet.edu.

- 46) Tratamiento radioterápico del cáncer de mama.
bio.hgy.es/mama/tema20/index.htm.
- 47) Ulibarri, Eduardo. Idea y Vida del Reportaje. Serie Periodismo latinoamericano. Editorial Trillas, 1ª. Edición, México 1994.
- 48) Vogel G., Víctor, Cáncer de mama en las mujeres más jóvenes.,
[//latina.obgyn.net/sp/articles/noviembre99/B3venes.htm](http://latina.obgyn.net/sp/articles/noviembre99/B3venes.htm).
- 49) Wolfe, Tom. El Nuevo Periodismo. Capítulo I, El juego del reportaje.
Editorial Anagrama, 3ª. Edición, España 1984. Págs. 9-37.

FUENTES

a) Fuentes públicas

- Noticias relacionadas a la prevención: CNN, AP, REUTERS, El Universal y Estrella Digital.
- Software Biblioteca Médica Digital. Cáncer de mama
- Estadísticas:
 - Del INEGI 2000 Y 2002, Mortalidad en edad productiva. Principales causas de mortalidad en edad productiva.
 - Sociedad Mexicana de Estudios Oncológicos
 - National Cancer Institute
- Bibliografía mencionada

b) Fuentes Privadas

- Actos privados y de confidencialidad (por canal comunicativo de acuerdo con Pepe Rodríguez en Técnicas y estrategias del periodismo de investigación):
 - Sesiones de grupos de autoayuda.
 - GRUPO RETO, en la sede de la colonia Condesa, los días: 29 de enero, 8 y 19 de febrero, 12 de marzo y 30 de abril de 2002.
 - GRUPO NUEVA IMAGEN. Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS, visita efectuada el día 17 y 22 de enero del 2002.
- Entrevista con mastectomizadas
 - Sra. Emma Torres Tovar, 20 de Enero de 2002.
 - Sra. Gabriela Herrera, 21 de Febrero de 2002
- Entrevistas con especialistas
 - Dr. Juan Carlos Mendoza, psiquiatra responsable de GRUPO NUEVA IMAGEN, del Hospital de Oncología del Centro Médico Nacional Siglo XXI perteneciente al IMSS. 20 de Marzo de 2002
 - Dr. Hernando Miranda Hernández, Oncólogo en Jefe de la Unidad de Tumores Mamarios del Hospital General de México, Dr. Balmis No. 148, col. Doctores. 30 de Abril de 2002.
 - Dr. Ricardo Ramos Solís, Oncólogo especialista en tumores mamarios y adscrito al Hospital 1º de Octubre del ISSSTE. 30 de abril de 2002.
 - T.S. Casilda Jiménez Casarena. Trabajadora social adscrita al Hospital General de México. 30 de abril de 2002.

- T.S. Dolores Corral. Trabajadora social adscrita al Hospital General de México. 30 de abril de 2002.
- Alejandra de Cima, fundadora de CIMA, entrevista publicada en el Grupo Reforma el día 26 de septiembre de 2002