

www.geysalus.org

MITOS Y VERDADES
SOBRE CÁNCER DE MAMA

CÁNCER DE MAMA
Y EMBARAZO

MOVIMIENTO ASOCIATIVO
DE PACIENTES EN ESPAÑA



Comité Ejecutivo

Josep Alcaraz
Lourdes Calvo
Ana Llamas
Esther Mahillo
Miguel Martín
Amparo Ruíz
Jesús Sánchez Martos

Consejo Editorial

Encarna Adrover, Servicio de Oncología Médica,
Hospital General Universitario de Alicante
Emilio Alba, Servicio de Oncología Médica ,
Complejo Hospitalario Virgen de la Victoria de Málaga
Joan Albanell, Servicio de Oncología Médica,
Hospital Clínic i Provincial de Barcelona
Antonio Antón, Servicio de Oncología Médica,
Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza
Agustí Barnadas Molins, Servicio de Oncología Médica,
Hospital Santa Creu i Sant Pau de Barcelona
Lourdes Calvo, Servicio de Oncología Médica,
Hospital Juan Canalejo de La Coruña
Ramón Colomer, Servicio de Oncología Médica,
Hospital Josep Trueta de Gerona
Ana Lluch, Servicio de Oncología Médica,
Hospital Clínico Universitario de Valencia
José Manuel López Vega, Servicio de Oncología Médica,
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla de Santander
Manuel Ramos, Servicio de Oncología Médica,
Centro Oncológico de Galicia
Álvaro Rodríguez Lescure, Servicio de Oncología Médica,
Hospital General Universitario de Elche
Pedro Sánchez Rovira, Servicio de Oncología Médica,
Complejo Hospitalario Ciudad de Jaén
Miguel Ángel Seguí Palmer, Servicio de Oncología Médica,
Consorci Sanitari Parc Taulí de Sabadell

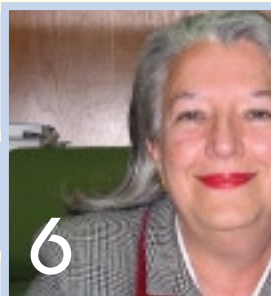


4 Editorial

5 Columna abierta

6 En primera persona

ENTREVISTA A LA PROF. M^A ÁNGELES DURÁN



6

Una vida más sana

8 IMÁGEN Y ESTÉTICA: TRATAMIENTOS PARA EL VERANO

14 EJERCICIO Y CALIDAD DE VIDA

16 EL PLACER DE CAMINAR

21 NUTRICIÓN Y DIETA

24 GABINETE PSICOLÓGICO



8



10

10 Tu Salud y Tú

CÁNCER DE MAMA Y EMBARAZO

18 Ciencia y cáncer de mama

MITOS Y REALIDADES DEL CÁNCER DE MAMA
LAS 10 PREGUNTAS MÁS FRECUENTES



24

28 Te será útil saber...

MUJER Y CÁNCER DE MAMA:
MOVIMIENTO ASOCIATIVO

32 Glosario

33 ¿Quién es quién?/ Próximo número...

© Copyright 2005, GEICAM (Grupo Español de Investigación en Cáncer de Mama). Av. de los Pirineos, 7 - 1º piso, Oficina 14, San Sebastián de los Reyes. 28700, Madrid. Impreso en Madrid por Gaéz S.A. Diseño y maquetación: Marcos Prack. Edición: BcnScience. GEY SALUS®. Reservados todos los derechos. Esta revista no se hace responsable de las opiniones vertidas por sus colaboradores, absolutamente libres e independientes.

Esta publicación no puede ser reproducida o transmitida total o parcialmente por cualquier medio, electrónico o mecánico, ni por fotocopia, grabación u otro sistema de reproducción de información sin el permiso por escrito del titular del Copyright.

La “comunicación”, la gran asignatura pendiente de... todos

Por Jesús Sánchez Martos

Hoy que, gracias a los constantes avances científicos y al imparable desarrollo tecnológico, todos disponemos de teléfono móvil, de televisión y en muchas ocasiones hasta de Internet y correo electrónico, avances que nos facilitan todo tipo de comunicación a pesar del espacio que nos separe, es precisamente cuando menos “comunicación” existe entre nosotros; esa comunicación cercana, la de no tener prisa, la de la comunicación verbal, pero también la de la no verbal; esa de las miradas, las sonrisas, los saludos cordiales y cercanos, la del tacto y las caricias, la de los besos, la comunicación de siempre, la que ha existido desde que el mundo es mundo, aunque no dispusiéramos de tantos avances tecnológicos.

Hoy, ya en el Siglo XXI, el “siglo de las comunicaciones”, el de las videoconferencias, el de las clases tutorizadas por Internet, el de la televisión personalizada, el del los GPS más sofisticados, hoy sigo reclamando esa comunicación humana y cercana a la que no podemos, ni debemos, renunciar de ningún modo.

Hoy, que sigo soñando con el necesario entrenamiento en comunicación de los profesores universitarios y de todos los profesionales de la salud que tienen como objetivo prioritario la “atención” de seres humanos, el “sistema” al que todos de una u otra forma pertenecemos, nos ofrece sus grandes avances: menos clases presenciales y más a través de la pantalla del ordenador, más atención a través del correo electrónico o el móvil, eso sí, nos insisten, se trata de una “comunicación totalmente personalizada”. Disminuirán costes, no lo dudo, pero... ¿mejorará el grado de satisfacción de todos?, o ¿es que este

indicador social de calidad de vida no interesa demasiado?.

Hoy, que cuando llamamos por teléfono a cualquier “empresa moderna”, incluidos algunos hospitales, somos atendidos, eso sí, sin esperar demasiado el tono de llamada, por una voz femenina, totalmente metalizada pero femenina al fin y al cabo, que nos informa: “si desea usted pedir cita con su médico marque el 1, si desea pedir cita con su enfermera marque el 2, si desea hablar con alguna habitación marque asterisco y luego el número de la habitación, si desea...”. Pero... ¿si lo que deseamos es “hablar” con alguien?. No hay duda, nos tenemos que armar de paciencia para no desesperar, sobre todo, porque cuando esa voz femenina nos dice que nos atenderá una operadora, con gran frecuencia otra voz distinta, pero también femenina, nos informa que “todas nuestras líneas están ocupadas en este momento. Le rogamos lo intente de nuevo pasados unos minutos”.

Hoy, que nos saludan todas las máquinas, la del café, la de la gasolina, la de los aparcamientos, la del cajero automático, la odiosa báscula del baño y hasta el propio coche que a través del GPS nos indica el camino más adecuado para llegar a nuestro destino, hoy que gracias a ellas podemos encontrar cualquier producto del supermercado, sigo echando de menos aquella comunicación cercana, la del camarero, la del dependiente de la estación de servicio, la de las personas en definitiva.

Hoy, que nos felicitan los amigos por nuestro cumpleaños o en Navidades, deseándonos eso sí, lo mejor para el nuevo año, pero a través de un correo electrónico o de los mensa-

jes de los teléfonos móviles...

Hoy, que vivimos en el “siglo de la comunicación”, es cuando más soledad existe y cuando más comunicación necesitamos. Tanto en nuestra vida diaria y cotidiana, en el trabajo, en la compra, en la familia, como en la consulta con los profesionales de la salud. Si para disfrutar de los avances tecnológicos de la comunicación moderna, tenemos que pagar el “peaje” de olvidar el nombre de las personas, su tono de voz, su sonrisa, sus gestos, prefiero volver la mirada atrás para recordar aquellos “buenos momentos” y reclamar mi derecho a una “comunicación más humana y más humanizada”.

Hoy, precisamente hoy, es cuando con más energía debemos reclamar entre todos ese entrenamiento en comunicación, pero de una forma especial aquellos que voluntaria y libremente decidimos dedicar nuestra vida profesional a la noble tarea de tratar de ayudar a quienes sufren una enfermedad. Los profesionales sanitarios sabemos hoy, que la comunicación es el medicamento más eficaz y seguro, que no tiene contraindicaciones y que es el único en el que la intoxicación por sobredosis, siempre será bienvenida.

Y hoy, cuando la mayoría de las publicaciones tratan de sustituir su formato tradicional por el informático, no puedo por más que agradecer a GEYSALUS, la oportunidad que nos brinda para que podamos seguir notando el olor y el tacto del papel de sus hojas.

Hoy, cuando “la comunicación es la gran asignatura pendiente de todos”, es cuando quiero reclamar el derecho a disfrutar del “tacto de las emociones”. ●

Admiradas Pioneras

Por Esther Mahillo

Ocurrió en diciembre pasado, en la ciudad de San Antonio, Texas, en donde cada año se celebra un congreso mundial de investigación en cáncer de mama. Hubo más de 6.000 asistentes en la última edición.

Allí escuché a Amy S. Langer. Tituló su ponencia: **“Frutos y frustraciones de una década de trabajo”**. Habló del día en que las mujeres norteamericanas se hartaron de ver morir a sus amigas por el cáncer de mama; de vivir con el temor a la enfermedad; de esperar de brazos cruzados a que llegara el turno para sus madres, hijas, hermanas... Era el año 1991.

Amy cree que la mayoría desconocemos a qué se enfrentaron.

Hace 15 años, en Estados Unidos, no se hablaba del cáncer de mama. Se vivía (o moría) en silencio con él. Nadie preguntaba, ni sabía tampoco qué preguntar o a quién. En ese año se diagnosticaron 175.000 nuevos casos, y hubo 45.500 fallecimientos. Sólo el 33% de las mujeres tenía acceso a los programas de detección precoz. La mitad de los tumores se detectaban cuando ya eran incurables. En el hospital público de un barrio marginal, como Harlem, en Nueva York, el 80% de las pacientes afectadas habían fallecido a los 5 años. Esto ocurría en un país en el que la sanidad es privada.

Y entonces las mujeres se enfadaron. Aprendieron, inspiradas en los enfermos de SIDA, a transformar su indignación en acción. Decidieron que “los pacientes organizados pueden cambiar el curso de la enfermedad”. Se asociaron, se convirtieron en personas con cáncer de mama, en lugar de casos.

Su primer objetivo fue formarse, adquirir los conocimientos suficientes para sentirse en igualdad de condiciones ante políticos, científicos o periodistas. Aprendieron rápido. A obtener fondos, a tomar decisiones, a negociar.

Consiguieron igualdad.

¿Suenan extraño? En Estados Unidos existen 47 millones de personas sin seguro médico. Al resto, no se les cubre el coste de los fármacos. El tratamiento estándar de una paciente con cáncer de mama puede alcanzar los 15 millones de las antiguas pesetas. Piensen ustedes qué ocurriría en sus vidas si tuvieran que afrontar este gasto, y que fuera, quizás, sólo el principio.

Pues ellas lucharon frente a la desigualdad entre mujeres, en el diagnóstico y en las oportunidades.

Hasta que “pasaron de moda”...

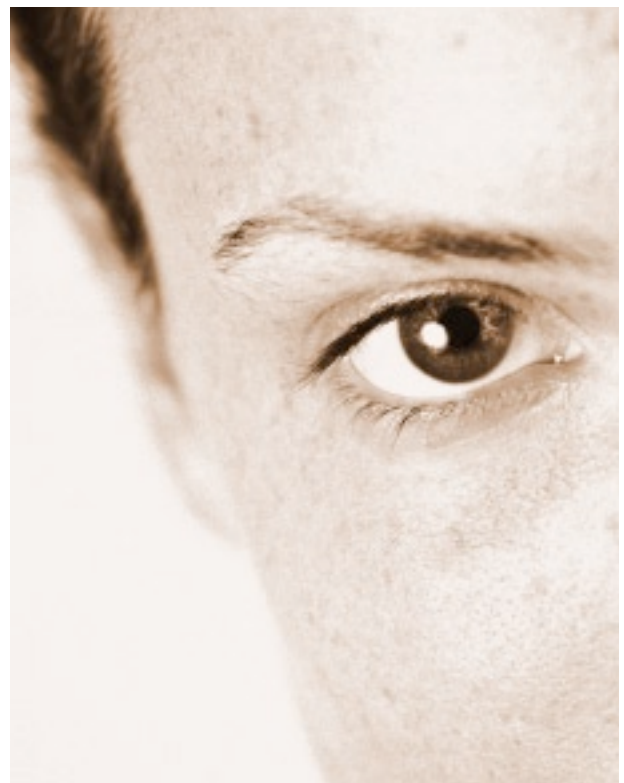
...porque el foco de atención se centró en el terrorismo y sus víctimas, en la guerra de Irak, en las Torres Gemelas...

Amy, fundadora de la Alianza Nacional de Organizaciones de Cáncer de Mama, aún no sabe si éstas sobrevivirán, ahora, que son más necesarias que nunca. Pero en el camino ha aprendido algunas cosas:

- El padecer cáncer de mama no te convierte en adalid de la causa; la formación y el conocimiento sí;
- Las organizaciones deben sobrevivir a sus líderes;
- Los ideales sólo se alcanzan si se dispone de fondos para luchar; el alquiler hay que pagarlo cada mes;
- Las organizaciones sin ánimo de lucro deben disponer de cuentas transparentes;
- La competencia desgasta, la alianza fortalece;

Un último apunte para un caballero de la sala, que declaró su soledad en un mundo en que las asociaciones de cáncer de mama excluyen a los hombres. No es frecuente, pero ellos también padecen esta enfermedad.

No caigamos en sus mismos seculares errores... no seamos machistas. ●



“... quería llevar la responsabilidad de las decisiones.”

ENTREVISTA A M^A ÁNGELES DURÁN *Por Ana Llamas*

Hoy he entrevistado a M^A Ángeles Durán. Catedrática, profesora, investigadora, conferenciante, y mujer afectada de cáncer de mama.

Nos vemos en su despacho, uno de esos despachos que a mí me encantan, aunque debe ser la pesadilla de una persona ordenada. Papeles por todas partes, libros en las estanterías, en la mesa..... Pero seguramente sea (sí es que lo es) el perfecto desorden para que la profesora Durán encuentre siempre lo que busca.



Lleva el pelo suelto, largo, con canas, sin teñirlo ni recogerlo, quizá como respuesta al largo tiempo que tuvo que usar peluca. Porque todas sabemos que ese tiempo de usar peluca se hace eterno.

Tardaron seis años en diagnosticarle el cáncer que padecía, y me dice que lo peor de esto fue la pérdida de la confianza en su médico. Pero siguió adelante con un pensamiento en mente: “Me ha pasado y me ha pasado, pero vamos a ver como salimos de ésta, qué vías quedan abiertas”. Durante veinte días, hasta el resultado de las pruebas, pensó que iba a morir, que tenía metástasis. Quería saberlo todo, (tanto que “preguntaba hasta el

punto de incordiar”), así que fue ella misma la que abrió el sobre del diagnóstico antes que su propio médico, “porque quería llevar la responsabilidad de las decisiones”. Le pregunto cómo vivió ella esos días en los que creyó que iba a morir.

“Pues me di cuenta de que hay mucha gente que no tiene la suerte que yo,” -contesta, mirándose las manos- “cuando me vi rodeada de una familia dispuesta a gastar sus recursos económicos en ayudar a curarme, y me alegré mucho de tenerlos conmigo. Tuve una velocidad de respuesta rapidísima por su parte. Aunque tengo que decir que, por parte de la Seguridad Social, nunca me han respondido tan bien como cuando la he necesitado. Cuando sabían que tenía cáncer, era increíble la amabilidad con la que me trataba la gente, y la agilidad con que lo hacían.”

¿Y no hubo ningún momento en el que sintiera la necesidad de un poco de espacio? ¿Como si ya no quisiera tantas atenciones?

“Desde que supe que no había metástasis, no dejé de trabajar, y quería tener una vida lo más normal y activa posible. Creo que es la mejor terapia, al menos para mí.”

Y es que durante los tratamientos de quimioterapia y radioterapia, la profesora Durán no sólo continuó con su trabajo habitual en España, sino que además siguió en tribunales y dando conferencias fuera del país, siempre que podía. Pienso que esta actitud frente a la enfermedad no sólo sirve de terapia, como dice ella, sino que también te da una mayor y mejor predisposición a



recibir ayuda, y la gente reacciona bien y la ofrece.

“Por supuesto,” - sonrío - “aunque siempre te puedes encontrar con bordes e ineficaces. Sin embargo, yo me encontré con gente eficiente y amabilísima siempre. Sólo tengo una queja, y es la gran diferencia en la atención telefónica entre la sanidad pública y privada. Los teléfonos en la administración sanitaria pública comunican, no tienen redes suficientes y mantienen un horario pequeño de atención, y en cambio en esto la sanidad privada es muchísimo más eficiente. Son como dos embudos. La pública, es como un embudo al que sólo se entra con cuentagotas: comunica, no contestan. En cambio, como en la gestión privada están deseando captar clientes, el embudo es amplísimo, pero se desemboca en un cuerpo clínico muy pequeño, aunque con amplios mecanismos de captación.”

Hablamos de la caída del pelo, la quimioterapia, las nauseas y me sorprende diciéndome lo mal que lo pasó con la radioterapia. Es que para mí fue la parte más suave, aunque fuera pesado ir al hospital todos los días. Sin embargo a ella, además de no encontrarse bien por los efectos secundarios de la radioterapia, lo que más le afectó fueron las circunstancias que rodean al tratamiento de radioterapia en un hospital de la Seguridad Social.

“...la sensación de estar como en un tratamiento en serie, en una cadena de montaje como Chaplin en “Tiempos Modernos”; las conversaciones con otros enfermos durante las largas esperas, muchas veces de más de una hora y a menudo interrumpidas por la llegada de otros pacientes más graves que tú y que hacen que tu espera se siga alargando; la soledad de la máquina que paliaba pensando en la playa de Bolonia, los niños que recibían radioterapia, la angustia de los familiares...”

Me pregunto por qué tendrá un paciente que sufrir estos malos tragos añadidos, además de cargar con el peso de la enfermedad, para poder seguir adelante... En la quietud de la tarde, y mientras la suave luz de un sol de primavera se filtra por la ventana de su despacho, nosotras continuamos hablando.

Esta “moda” que parece haber ahora de gente famosa que va a los Estados Unidos a tratarse,

¿no cree usted que es absolutamente negativo para la gente que no tiene esas posibilidades económicas, para los que se quedan a curarse en este país, e incluso para los médicos y el sistema sanitario español?

Esboza una sonrisa. Luego reflexiona.

“Es cierto que entre un magnífico hospital privado,

terriblemente caro en Estados Unidos, y otro magnífico (sobre todo en el aspecto técnico) de la Seguridad Social española hay unas diferencias enormes en cuanto a privacidad y comodidad. Esto te lo garantizan en el hospital caro, que tiene unos precios inasequibles para la mayoría de los españoles. Ahora bien, que lo que es en calidad de asistencia, aquí es muy buena. La gente del equipo de la Seguridad Social que me atendió me explicó que España no tiene nada que envidiar a Estados Unidos en cuanto a los tratamientos se refiere, ya que los protocolos que se siguen son los mismos y a los médicos no les quedan dudas sobre lo que hay que hacer porque ya tienen obtenidas sus conclusiones, y los tratamientos son muy parecidos en todas partes, dentro y fuera de España. Para el cáncer de mama, en este país, la sanidad pública funciona muy bien, y en realidad son los problemas de “hostelería y privacidad” los que cuentan negativamente. No es bueno para la sensación de tranquilidad de los españoles que los millonarios se vayan fuera.”

Dice la gente que tras una dura enfermedad o una experiencia traumática, se aprenden cosas, que se ve la vida de otra manera... me pregunto **¿qué aprendizaje vital, o qué lección positiva, o no, le habrá dado a Ma Ángeles Durán el cáncer de mama?**

“Creo, firmemente, en el derecho de cualquier paciente a no continuar luchando, y a que no se le obligue a hacerlo, cuando llega a ciertos límites. Como ciudadana, me siento con deseos de luchar por este derecho.”

Esto lo dice una persona vitalista, con muchas ganas de vivir. Muy activa profesionalmente hablando; feliz con su vida, y con su familia, y con sus amigos, y sus compañeros de trabajo... Ahora ha tomado la determinación de pelear, en la medida de sus posibilidades, no sólo por la vida, sino también por la elección de cada persona de abandonar su propia lucha llegado el caso.

Ella, que en los peores momentos de su enfermedad, cuando pensaba que iba a morir, fue al notario para dejar a los suyos todo bien organizado. Ella, que cedió el despacho de su casa a uno de sus hijos porque era una habitación más bonita; que hizo cortinas para decorar otra habitación, para que la persona que tuviera que ir a cuidarla, llegado el momento, se encontrara más a gusto.

Ella, que intentó preparar un posible viaje a Holanda... Toda una lección, profesora Durán. ●

Diario de batalla, Mi lucha contra el cáncer
de María Ángeles Durán está editado por editorial Aguilar.



IMÁGEN Y ESTÉTICA

Tratamientos para el verano

Por *Ángela Navarro*

Con la llegada del verano, el sol y el calor provocan en nuestro organismo una deshidratación mayor que el resto del año, por lo que debemos potenciar los cuidados de la piel y el cabello, ya de por sí debilitados por los tratamientos contra el cáncer, como la quimioterapia y la radioterapia. Teniendo en cuenta unas pequeñas acciones diarias, podremos disfrutar plenamente del verano.

Como norma general, para evitar la deshidratación, se recomienda beber agua en abundancia y comer bastante fruta y verdura frescas.

En verano nos vemos expuestos a diversos agentes externos agresivos, tales como el cloro de las piscinas, la sal, el viento o el sol, cuyos rayos, en esta época del año, son más directos, y por lo tanto más dañinos. Esto hace que tengamos que tomar unas medidas extras para proteger nuestra piel y cabello.

CONSEJOS PARA EL CABELLO

En verano es más pesado llevar pelucas, ya que, aunque cada vez se están haciendo de materiales más ligeros, no dejan de dar un calor excesivo y aumentar la transpiración del cuero cabelludo, por lo que pueden llegar a resultar algo incómodas.

En la actualidad existen alternativas al uso de las pelucas, como pueden ser pañuelos de algodón, a los que incluso se les puede añadir pelo simulando flequillos, nucas y patillas. Esta es una buena opción, ya que no es tan cara como una peluca, no da tanto calor, y podemos combinar el color del pañuelo con el de la ropa que llevemos, incluso con el bañador.

Si has decidido no usar peluca, es conveniente que lleves el cuero cabelludo muy hidratado y con protección solar de pantalla total. El cráneo normalmente se encuentra protegido por el cabello, el cuero cabelludo es muy sensible, no está acostumbrado a la exposición directa a los rayos solares, y se puede quemar con facilidad. Los aceites esenciales naturales, como el de rosa de mosqueta, tienen un doble efecto hidratante y regenera-

dor del cuero cabelludo. Es recomendable, en todo caso, que lo protejas con gorras o pañuelos de algodón al salir a la calle.

Si vas a utilizar peluca durante el verano porque te sientes más cómoda con ella, debes saber que el pelo de las mismas sufre igual que el cabello normal, por lo que debemos adoptar unos cuidados especiales:

- **Pelucas naturales:** se recomienda lavar la peluca con más frecuencia que en invierno (cada 5 días más o menos), enriqueciendo el lavado con una mascarilla hidratante para que el pelo no pierda elasticidad. Si la peluca lleva tinte o mechas, es recomendable utilizar un protector solar específico, para que el color de nuestra peluca no se oxide por los efectos del sol, el cloro o el agua del mar.

- **Pelucas de fibra:** el mantenimiento es más sencillo que en las de pelo natural. Se deben lavar cada 10 días más o menos, para que el pelo no se apelmace por efecto del sudor y del calor excesivos, utilizando los productos que recomiende el profesional para su lavado. Además, es recomendable el uso de un reparador capilar (serum), para conservar la calidad de la peluca hasta que volvamos a lavarla, y así conseguir un efecto de pelo con un color más luminoso y un brillo más natural. La peluca debe dejarse secar al aire. Nunca dejes este tipo de pelucas cerca de una fuente de calor, ni seques el cabello con secador. Este tipo de pelucas no pierde su forma original con los lavados.



CONSEJOS PARA LA PIEL

En verano debemos aumentar también la hidratación externa de nuestra piel, utilizando una crema que tenga una mayor concentración de agentes hidratantes, y que tenga la menor proporción posible de alcohol o perfume. De este modo se mantendrán los niveles adecuados de hidratación, y se evitarán problemas de eczemas o sequedad excesiva en nuestra piel.

Después de aplicar la crema hidratante, se debe usar un filtro solar con pantalla total, incluso en la ciudad. Es recomendable que los rayos solares no incidan directamente en la piel, por lo que se aconseja usar prendas de manga larga y pantalones, siempre que nos sea posible, y preferiblemente de algodón, para favorecer la transpiración.

En la playa o en la piscina, debemos disponer siempre de una zona de sombra, y de ropa que nos proteja del sol directo y del roce de la arena; en este caso, el filtro de protección solar debe renovarse cada 2 horas más o menos, y cada vez que salgamos del agua, aunque se trate de un producto resistente a la misma. Además, es conveniente retirar con una ducha el exceso de cloro y de salitre cada vez que salgamos del agua, ya que estos dos elementos resecan mucho la piel.

No es recomendable el uso de autobronceadores, ni tomar rayos UVA durante el tratamiento, ya que son agresivos en exceso para la piel debilitada.

Antes de las vacaciones, podemos realizar un tratamiento facial para oxigenar nuestra piel, con los aceites esenciales naturales que necesite, pero sin utilizar ningún tipo de peelings (ni químicos ni de arrastre), y sin realizar extracciones de comedones ni puntos negros para evitar heridas de difícil cicatrización.

En el ámbito corporal, debemos igualmente aumentar los niveles de hidratación, y si queremos realizar algún tratamiento de belleza (como los drenajes linfáticos, tratamientos reafirmantes, etc.) debemos consultar primero a nuestro oncólogo para descartar cualquier contraindicación con los mismos.

Si nos están tratando con radioterapia es conveniente subrayar que no se deben aplicar cremas en la zona radiada el día antes del tratamiento (ni hidratantes ni filtros solares) ya que puede disminuir la eficacia de la radiación.

CONSEJOS PARA LAS UÑAS

Para mantener las uñas flexibles en verano, y evitar que se rompan por el exceso de sequedad, se deben hidratar al menos una vez a la semana con aceite de rosa de mosqueta o con vaselina. No se deben realizar peelings en las manos ni tratamientos blanqueadores para eliminar posibles manchas que nos puedan salir en manos y uñas. Si tenemos tendencia a los padrastrós, es conveniente no cortarlos para no producirnos heridas, pero podemos ablandarlos con vaselina. Lo mismo sucede con



las cutículas: no es conveniente retirarlas, ya que son una protección natural de la raíz de la uña y ésta podría quedar dañada al retirarlas.

CONSEJOS PARA MAQUILLARTE

En cuanto al maquillaje, en verano no es recomendable abusar de él. El calor excesivo puede hacer que el maquillaje obstruya los poros faciales. Sin embargo, si tenemos una ocasión especial, podemos usar los denominados “polvos de sol”, que son unos coloretes menos densos que los tradicionales, normalmente en tonos terracota. Los polvos de sol suben el tono natural de piel, y se pueden aplicar en toda la superficie facial, cuello y escote. Con respecto a los labios, una vaselina hidratante con color los mantendrá hidratados a la vez que maquillados.

Si se ha caído el pelo de las cejas, se aconseja maquillarlas con productos en polvo. Éstos suelen venir acompañados de plantillas para guiarnos al dibujarlas, de modo que el proceso resulte más fácil. No es recomendable utilizar lápices de cejas, ya que son ricos en ceras, y es fácil que con el calor del verano se emborronen y duren menos.

Esperamos que estos consejos os sean de utilidad de cara al verano que ya se acerca. ●



Cáncer de mama y embarazo

Por Amparo Ruíz



Hablar de cáncer de mama y embarazo lleva a contestar dos preguntas:

¿Puedo padecer un cáncer de mama estando embarazada? y, si tuve un cáncer de mama, ¿puedo quedarme embarazada, o sería perjudicial para mi enfermedad? Intentaremos contestar ambas.

Si el impacto psicológico ante un diagnóstico de cáncer de mama es grande, todavía es mayor si se añade a este diagnóstico la situación de embarazo. Y esto es así, no sólo para la paciente, sino también para su entorno, especialmente para su pareja, quien tendrá que afrontar el diagnóstico para poder apoyarla, y en muchas ocasiones, participar en importantes decisiones sobre el futuro del embarazo.

El cáncer de mama es un proceso, afortunadamente, poco frecuente en mujeres gestantes. La incidencia de cáncer de mama durante el embarazo oscila entre el 0,2 y el 3,8%, pero si consideramos sólo las mujeres en edad fértil (<45 años) la frecuencia alcanza el 7-14%. Es de los tumores más frecuentes en mujeres gestantes (1 caso cada 1000 gestaciones).

El tema merece un especial interés por las connotaciones que el embarazo lleva consigo de cara al tratamiento y por tanto en función de éste de cara al pronóstico.

Una mujer gestante debe ser conocedora de la posibilidad de padecer un cáncer de mama. La mama durante la gestación sufre una serie de cambios en su consistencia y tamaño, pero la mujer no debe asumir que cualquier cambio en su mama es normal, sobre todo si aprecia un nódulo o un endurecimiento en una zona de la mama, o aparecen signos inflamatorios localizados o difusos en la misma. La consulta al ginecólogo debe ser



inmediata, y éste deberá poner en marcha las exploraciones necesarias para llegar a un diagnóstico exacto sin demora.

A pesar de todo, en la mujer gestante, el diagnóstico clínico de un tumor mamario puede resultar complicado. Si el diagnóstico clínico se hace en el primer trimestre del embarazo, y aunque la mamografía es posible realizarla con protección, en muchas ocasiones la densidad de la mama hace difícil el diagnóstico, y en muchas ocasiones es necesario realizar una ecografía, sobre todo para distinguir entre lesión sólida o quística. En caso de lesión sólida, existe indicación de biopsia para descartar malignidad, y esto no supone ningún riesgo para la mujer embarazada. El retraso en realizar un diagnóstico de cáncer de mama es mayor en mujeres embarazadas que en las no gestantes (II contra 4 meses). La consecuencia de este retraso es la detección de la enfermedad en fases más avanzadas, llevando a la falsa creencia de que el pronóstico del cáncer de mama en mujeres embarazadas es peor.

Queda por tanto claro, que el diagnóstico debe hacerse tempranamente, que no existe contraindicación para la biopsia, y que el pronóstico de la mujer gestante con cáncer de mama no es peor que el de la mujer no gestante, siempre que se encuentre en el mismo estadio y que el tratamiento sea adecuado.

¿Cuál debe ser la actitud del médico ante una paciente embarazada con un diagnóstico de cáncer de mama?

Las reglas generales que deberá seguir son:

- Beneficiar la vida de la madre;
- Ofrecer tratamientos curativos para la madre;
- Proteger al feto de las agresiones de los tratamientos;
- Mantener, si es posible, el sistema reproductivo de la madre para futuros embarazos.

El hecho de que el cáncer de mama sea un tumor hormonosensible*, y el incremento de las tasas de estrógenos- un tipo de hormonas femeninas- durante el embarazo, ha llevado en otros tiempos a considerar indicada la interrupción del embarazo. La finalidad era, en primer lugar, tratar de frenar el crecimiento del tumor, estimulado por las hormonas, y en segundo lugar, poder aplicar sin riesgos las medidas terapéuticas necesarias. Sin embargo, existen datos de estudios retrospectivos que demuestran que la supervivencia de pacientes con cáncer de mama durante el embarazo no se incrementa por interrumpir el mismo, incluso en pacientes con cáncer de mama diseminado*.

Desde el punto de vista oncológico, nuestra actitud debe ser la de indicar a la paciente cuál es el tratamiento más adecuado para el estadio en el que su tumor se encuentra, y en función del tratamiento que requiera, y tras informarle de los riesgos que comportan para el

feto, la paciente, junto con su familia, deberá decidir sobre la interrupción o no de su embarazo. Hasta que la decisión esté tomada, el médico deberá ofrecer todo el apoyo necesario, con ayuda del equipo de psicología, y dar toda la información adicional que la paciente precise para llegar a tomar su decisión.

La legislación penal española contempla en su artículo 417 bis (17): “No será punible el aborto practicado por un médico, o bajo su dirección, en centro o establecimiento sanitario, público o privado, acreditado y con consentimiento expreso de la mujer embarazada cuando concurra alguna de las circunstancias siguientes:

1º Que sea necesario para evitar un grave peligro para la vida o la salud física o psíquica de la embarazada, y así conste en un dictamen emitido con anterioridad a la intervención por un médico de la especialidad correspondiente, distinto de aquel por quien o bajo cuya dirección se practique el aborto. En caso de urgencia por riesgo vital para la gestante, podrá prescindirse del dictamen y del consentimiento expreso.

2º Que el embarazo sea consecuencia de un hecho constitutivo de delito de violación del Art. 429, siempre que el aborto se practique dentro de las doce primeras semanas de gestación y que el mencionado hecho hubiese sido denunciado.

3º Que se presuma que el feto habrá de nacer con graves taras físicas o psíquicas, siempre que el aborto se practique dentro de las veintidós primeras semanas de gestación y que el dictamen, expresado con anterioridad a la práctica del aborto, sea emitido por dos especialistas de centro o establecimiento sanitario público o privado, acreditado al efecto, y distintos de aquel por quien o bajo cuya dirección se practique el aborto “.

¿Cuál es la indicación terapéutica tras el diagnóstico, y a qué riesgos se enfrentará una mujer embarazada con cáncer de mama?

Con algunas excepciones, se deben seguir los mismos criterios terapéuticos que se indicarían a una paciente joven no embarazada. Podría variar la actitud en función del momento del embarazo, dado que los riesgos de determinados tratamientos para el feto son muy altos en el primer trimestre del embarazo, mientras que en el 2º-3º trimestre el riesgo es mínimo. La indicación del tratamiento dependerá así mismo, del estadio de la enfermedad.

En estadios localizados, es decir, cuando la enfermedad afecta sólo a la mama o también a la axila (estadios I y II), el tratamiento recomendable de inicio sería la cirugía. En pacientes embarazadas la opción quirúrgica más segura es la mastectomía radical modificada*, dado que evitamos riesgos de resecciones incompletas o



posibles reintervenciones en caso de bordes quirúrgicos afectados por el tumor. La cirugía conservadora es una indicación controvertida, hay autores que consideran que sería posible en el 3º trimestre dejando la radioterapia para una vez finalice el embarazo.

La reconstrucción postmastectomía inmediata en el mismo acto quirúrgico, no es adecuada, dada la dificultad plástica para conseguir una simetría en una mujer gestante, y el mayor tiempo que esta técnica requiere bajo anestesia general. Dado el efecto teratogénico* de la radioterapia*, no se considera indicado su uso durante el embarazo. En caso de que se realice cirugía conservadora en el tercer trimestre del embarazo, se reservará la radioterapia para hacerla tras el parto.

La hormonoterapia* con tamoxifeno* no es recomendable hasta que finalice el embarazo.

La quimioterapia* tras la cirugía (quimioterapia adyuvante) se ha utilizado en pacientes embarazadas siendo su administración bastante segura en el 2º y 3º trimestre del embarazo. No ocurre así en el primer trimestre, donde el riesgo para el feto es muy alto. Un retraso de 3 a 6 meses en el inicio de la quimioterapia, incrementaría potencialmente el riesgo de metástasis un 5-10%.

En estadios localmente avanzados, es decir, cuando los tumores son muy grandes, e incluso llegan a afectar a la piel de la mama, (estadio III) o diseminados, es decir, cuando la enfermedad afecta a órganos diferentes a la mama (estadio IV), la quimioterapia es el tratamiento de elección como terapia previa a la cirugía (estadio III) o como tratamiento exclusivo (estadio IV), pero siempre que la mujer haya pasado el primer trimestre de su embarazo.

Se han utilizado muchas combinaciones de fármacos que han resultado eficaces para cáncer de mama en mujeres embarazadas. El efecto de la asociación de fármacos durante el primer trimestre de embarazo supone un riesgo muy alto de malformaciones, que puede alcanzar hasta el 25%, mientras que cuando se utiliza un solo fármaco, el porcentaje de malformaciones es del 17%, siendo la incidencia de teratogénesis en la población general del 3%. En este periodo, la decisión de interrumpir el embarazo se debe basar en la necesidad de administrar quimioterapia en función del estadio de la enfermedad y la potencial capacidad de curarse.

No parece existir mayor riesgo de malformación fetal si la quimioterapia se administra en el 2º ó 3º trimestre de gestación.

Otros riesgos que pueden surgir por la administración de quimioterapia, son la mayor incidencia de recién nacidos de bajo peso. Quizá el alto porcentaje referido en algunos estudios, se deba a las indicaciones de inducir el parto en periodos demasiado tempranos, más que a la propia quimioterapia. También se ha descrito mayor

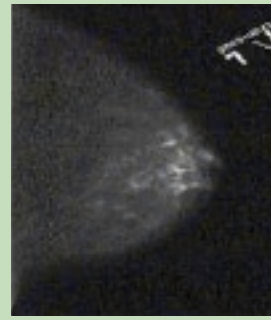


Imagen de mama poco densa

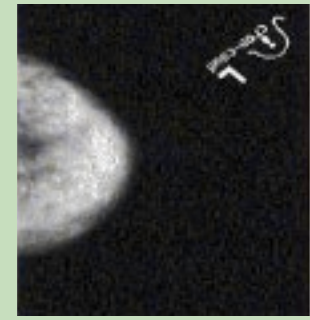


Imagen de mama muy densa

frecuencia de abortos espontáneos. Otro problema es la toxicidad hematológica (de la sangre), que puede afectar al feto, experimentando pancitopenia* al nacer. La quimioterapia no debe administrarse en las 3 semanas previas a la posible fecha del parto, para evitar mielosupresión* y riesgo de infección generalizada, que podría ser muy grave.

Es indudable que una mujer embarazada en tratamiento con quimioterapia, requiere un control muy estricto por parte de un servicio de ginecología, con controles ecográficos frecuentes que valoren el crecimiento fetal adecuado, y un seguimiento oncológico especial, para vigilar posibles toxicidades agudas que puedan de alguna forma interferir en el normal desarrollo del embarazo.

Se conocen pocos datos sobre los efectos a largo plazo de la quimioterapia en la descendencia, tanto si fueron concebidos mientras la madre recibía quimioterapia, o en el transcurso del embarazo. En dos series de pacientes con leucemia, tratadas con quimioterapia durante el embarazo, hay seguimientos de hasta 22 años en 17 niños, sin encontrar ninguna secuela.

El Grupo GEICAM, al que pertenecen la mayoría de hospitales nacionales, ha puesto en marcha el registro de mujeres embarazadas con cáncer de mama, con el fin de analizar prospectiva y retrospectivamente factores pronósticos, tratamientos administrados, y la evolución a corto y largo plazo de los niños nacidos de estas mujeres tratadas durante su embarazo.

¿Tras un diagnóstico, y posiblemente un tratamiento por un cáncer de mama, existe contraindicación para un embarazo, o puede ser este embarazo perjudicial para la evolución de la enfermedad?

Cada vez es más frecuente tratar pacientes con cáncer de mama en edades tempranas. Pasado el tratamiento, muchas de estas mujeres jóvenes, se plantean la posibilidad de quedar embarazadas. ¿Es posible?. Ningún estudio ha demostrado que el embarazo tenga un efecto negativo sobre la evolución o supervivencia de pacientes

que fueron diagnosticadas y tratadas por un cáncer de mama. La recomendación, por tanto, se debería plantear en función de tres factores:

- 1 - Pronóstico de la enfermedad;
- 2 - Tiempo transcurrido desde el diagnóstico, y
- 3 - Tiempo transcurrido desde que finalizó el tratamiento oncológico.

El pronóstico del cáncer de mama se basa en una serie de factores clínicos y biológicos, que nos permiten hacer una aproximación sobre el riesgo de recaída de una paciente en los años siguientes al diagnóstico.

El tamaño del tumor, la afectación de los ganglios de la axila, el grado histológico*, los receptores hormonales*, son, en este momento, los factores más importantes para poder emitir un pronóstico.

Por otro lado la mayor tasa de recaídas ocurre en los primeros 2-5 años después del diagnóstico. Conociendo en una paciente concreta sus factores de riesgo, podemos plantearle la probabilidad de recaída, y la recomendación de esperar al menos 2 años tras el diagnóstico en pacientes de bajo riesgo, y hasta 5 años en pacientes con alto riesgo de recaída. Además, es necesario en el caso de pacientes que ya han pasado 5 años del diagnóstico, pero que han recibido tratamientos hormonales prolongados durante 5 años, que al menos pase 1 año desde el fin de la hormonoterapia, antes de un posible embarazo. Con estas premisas, no existe ninguna contraindicación para que una mujer con antecedentes de un diagnóstico y tratamiento por cáncer de mama, quede embarazada.

Como consecuencia de la quimioterapia, puede inducirse una menopausia precoz, y por tanto que la mujer no pueda cumplir su deseo de quedar embarazada. Algunas mujeres intentan recurrir a técnicas de fertilización in vitro, pero la sobreestimulación hormonal que para estos embarazos se requiere, hace dudosa su indicación en mujeres con antecedentes de cáncer de mama. Para este problema, se está investigando con técnicas de congelación de corteza ovárica previa a la quimioterapia, que puede, en un futuro, evitar la esterilidad de mujeres jóvenes que necesiten tratamiento con quimioterapia por cáncer de mama, y deseen recuperar su función ovárica una vez finalizado el mismo.

Estas técnicas, todavía en fase experimental, se están poniendo en marcha en algunos hospitales españoles, y puede ser una buena alternativa para estas mujeres jóvenes, si se consiguen los resultados esperados, permitiendo un embarazo natural sin necesidad de sobreestimulación hormonal.

Nuevas alternativas para paliar efectos secundarios que hace unos años eran imposibles de solucionar. Un camino abierto a la esperanza. ●

PREGUNTAS MÁS FRECUENTES

¿Puedo padecer un cáncer de mama estando embarazada?

Sí. Consulta de inmediato a tu ginecólogo si notas bultos, zonas duras o inflamadas en tus mamas.

Las pruebas que me realicen para diagnosticar el cáncer de mama ¿Pueden afectar a mi hijo?

NO. Te realizarán una ecografía, y una pequeña incisión en tu mama para extraer una muestra de tejido. Tampoco existe riesgo en realizar una mamografía. Ninguna de estas pruebas afectará al feto.

¿A qué tipo de tratamiento para el cáncer de mama me someterán, estando embarazada?

Dependerá del mes de gestación en que te encuentres, y del estadio del cáncer de mama, cuando te lo diagnostiquen. En general, los tratamientos podrán ser los siguientes:

1º Trimestre	2º y 3º Trimestre	Tras el parto
Cirugía de mama	· Cirugía de la mama · Quimioterapia	· Radioterapia · Hormonoterapia

¿Afectará el tratamiento con quimioterapia durante mi embarazo a mi hijo?

Si se administra en el segundo o tercer trimestres de embarazo, no debes temer que la quimioterapia provoque malformaciones en el feto. Sin embargo, alguno de los problemas siguientes podría suceder:

- Aborto espontáneo;
- Bebé de bajo peso al nacer;
- Bebé con niveles bajos de todos los tipos de células sanguíneas, es decir, de glóbulos blancos, glóbulos rojos y plaquetas. Esto último es poco frecuente.

He sido tratada de un cáncer de mama. ¿Me puedo quedar embarazada?

Sí, pero según el tipo de cáncer de mama que hayas tenido, tu oncólogo te recomendará esperar entre 2, 5 ó más años desde el diagnóstico.

El tratamiento con quimioterapia me provocó esterilidad. ¿Puedo recurrir a un tratamiento para fertilización in vitro?

Debes consultar en un centro especializado, pero los tratamientos que se requieren para ello, si incluyen sobreestimulación con estrógenos, pueden ser peligrosos.



Ejercicio y Calidad de vida: punto de partida

Por Fernando Herrero Román, Alejandro Ferrer San Juan, Margarita Pérez Ruiz y Alejandro Lucía



El ejercicio está siendo ampliamente utilizado para prevenir y tratar las enfermedades de mayor prevalencia* en la sociedad civilizada. El cáncer se encuentra entre ellas. Aunque la incidencia del cáncer es cada vez mayor en las poblaciones occidentales, afortunadamente también se está incrementando la tasa de supervivencia, por lo que globalmente está aumentando el número de personas que han superado el cáncer (supervivientes de cáncer). Este hecho ha motivado que los investigadores se hayan centrado en la última década en medir y en mejorar la calidad de vida de los pacientes oncológicos a través de nuevos métodos o intervenciones entre los que se encuentra el ejercicio.

CALIDAD DE VIDA A TRAVÉS DEL EJERCICIO

La calidad de vida es la valoración subjetiva que la persona hace de diferentes aspectos de su vida en relación con su estado de salud. Tanto el cáncer por sí solo, como asociado a su tratamiento, producen una disminución en la calidad de vida pues afectan a importantes aspectos:

- Aspectos psicológicos (pérdida de autocontrol, depresión, estrés, reducción de la autoestima);
- Aspectos físicos (fatiga, atrofia muscular, dolor, disminución de la función cardiovascular y pulmonar, insomnio, vómitos);
- Aspectos sociales (prolongado absentismo laboral, reducción de las relaciones sociales, pérdida del estatus económico y laboral).

Pero el cáncer no “pasa de puntillas”. Esta reducción de la calidad de vida no se circunscribe sólo al momento del diagnóstico y tratamiento del cáncer sino que persiste durante meses o años tras el tratamiento. La calidad de vida puede estar afectada, aunque el paciente esté curado, y puede mejorar, aunque no se produzcan efectos positivos en la supervivencia.

El ejercicio físico comenzó a considerarse en los años 60 como una pieza esencial en el tratamiento y recuperación de los pacientes con enfermedades cardiovasculares. Dichos programas experimentaron un gran impulso con el apoyo de la Organización Mundial de la Salud, y hoy nadie cuestiona su eficacia. Desde entonces, los programas de ejercicio han ido ganando terreno no sólo como prevención de enfermedades, sino también como tratamiento y rehabilitación de enfermedades crónicas. En este contexto, el ejercicio físico puede ejercer un papel importante como estrategia para mejorar la calidad de vida, y reducir tanto el riesgo de recurrencia como la aparición de otras enfermedades (enfermedad arterial coronaria, hipertensión, diabetes mellitus, osteoporosis, obesidad, depresión, etc.) y también contribuir de forma muy positiva a la supervivencia de las personas que han superado un cáncer.

¿QUÉ DICEN LOS INVESTIGADORES?

Las investigaciones sobre el papel del ejercicio en pacientes supervivientes de cáncer son relativamente recientes (1981) y no llamaron la atención de los investi-



gadores hasta mediados de los 90, siendo en el momento actual uno de los focos principales de estudio por los fisiólogos del ejercicio. El cáncer de mama ha sido hasta ahora el tipo de cáncer más investigado en el ámbito del ejercicio. La mayoría de estos estudios han evaluado la influencia de ejercicios que involucran grandes grupos musculares, tales como:

- Andar sobre un tapiz rodante.
- Caminar al aire libre.
- Pedalear en bicicleta.

Sin embargo, existen pocos datos sobre los posibles efectos del entrenamiento de fuerza (con peso libre o máquinas específicas), a pesar de que el ejercicio de fuerza es considerado como un componente integral de cualquier programa de ejercicio, y esencial para contrarrestar la atrofia muscular causada, tanto por el tratamiento antitumoral, como por el estilo de vida sedentario. Las investigaciones tratan de comprobar la influencia de estos tipos de ejercicio en parámetros biológicos:

- En el sistema inmunitario.
- En la capacidad física.
- En el linfedema.
- En las enzimas antioxidantes*, y,
- En la sensación de fatiga, prestando menor atención a parámetros psicosociales.

La fatiga (o astenia, en términos clínicos), comúnmente definida como un sentimiento de “falta de energía”, de “cansancio”, se ha considerado como el síntoma con mayor peso en la disminución de la calidad de vida. Por ello, los test de valoración de la fatiga han sido utilizados para medir la calidad de vida en pacientes oncológicos, dejando sin evaluar otras dimensiones, tanto físicas como psicosociales, que también contribuyen a esa valoración de la salud. No podemos olvidar que la calidad de vida es un fenómeno subjetivo, y es la propia persona quien lo valora. Las percepciones que el paciente tiene de su enfermedad son muy variables y le influyen diversos factores, además de los físicos, a la hora de hacer la estimación de su calidad de vida.

Atendiendo a los resultados de estos estudios, todos demuestran mejoras significativas tras el programa de ejercicio físico en aquellos aspectos evaluados como:

- La capacidad funcional cardiovascular.
- Los componentes del sistema inmune.
- La depresión.
- La ansiedad.
- La autoestima.
- La satisfacción con la vida, y,
- La calidad de vida.

PRESCRIBIR PROGRAMAS DE EJERCICIO

La mayoría de los estudios siguen las normas tradicionales de prescripción de ejercicio físico del Colegio Americano de Medicina Deportiva (ACSM), en lo que se refiere a frecuencia, intensidad, duración y progresión del ejercicio. Sin embargo, y a pesar de haber demostrado los beneficios del ejercicio en las personas que han superado un cáncer, no existen programas de ejercicio físico bien definidos y consensuados por expertos. En nuestra experiencia con mujeres que han superado un cáncer de mama, nos hemos encontrado con la paradoja, de que algunas mujeres han recibido consejos médicos invitando a la disminución de su nivel de actividad física. En otros casos han sido animadas a mantenerse activas, pero con pocas especificaciones sobre el programa de ejercicio, y sin individualizarlo a cada paciente, en términos de tipo, frecuencia, intensidad y duración. En cuanto a la modalidad de ejercicio o tipo de ejercicio a desarrollar, tampoco existen criterios definidos. Cualquier programa de ejercicio que tenga como objetivo mejorar la condición física y el bienestar de una persona, debería contemplar la combinación de ejercicios de tipo aeróbico (andar, correr, pedalear, nadar) y también de fuerza (para paliar el citado problema de atrofia muscular).

Mientras que el ejercicio aeróbico mejora la capacidad cardiorrespiratoria gracias al reclutamiento de grandes grupos musculares y fibras musculares lentas, el trabajo de fuerza mejora la fuerza muscular, gracias al reclutamiento de las fibras musculares rápidas. También deben incluirse en el programa ejercicios específicos de estiramiento (stretching) con el objeto de mejorar la movilidad articular. La movilidad articular es necesaria para la mayoría de las actividades de la vida cotidiana. En mujeres supervivientes de cáncer de mama, y tras un programa de stretching, se obtuvieron incrementos en el rango de movimiento articular, asociados a beneficios psicológicos.

SEGUIR AVANZANDO

Aunque las investigaciones realizadas hasta hoy, demuestran el papel del ejercicio en la mejora de la calidad de vida, se precisa una segunda generación de estudios que determinen, entre otros aspectos, si el ejercicio, verdaderamente, disminuye el riesgo de recurrencia, o si prolonga la supervivencia tras el diagnóstico del cáncer.

Desde este punto de partida, vamos a ir abordando, en futuros artículos, aspectos más específicos del ejercicio físico para la mejora de la calidad de vida en las mujeres con cáncer de mama.

Por tu Salud... Muévete. ●



El placer de caminar

Por Josep Alcaraz

En el primer número de GEYSALUS hablábamos de los beneficios que conlleva respirar correctamente a la vez que recomendábamos algunos ejercicios básicos para relajarnos e incrementar nuestra sensación de bienestar.

El artículo de Fernando Herrero y del equipo del Dr. Alejandro Lucía supone un punto de inflexión al aportarnos rigor científico a la creencia general que el ejercicio es bueno para la salud. Su trabajo con mujeres diagnosticadas de cáncer de mama refleja la importancia que puede tener en términos de calidad de vida el incorporar la actividad física al quehacer cotidiano.

Llegados a este punto nos parece conveniente aclarar algunos aspectos sobre “actividad física” y darles algunas ideas para “empezar a movernos” de forma saludable.

EL ESTILO DE VIDA ACTIVO

En la vida moderna hay tres demasiados y un demasiado poco; demasiado tabaco, demasiada comida, demasiado estrés y demasiado poco ejercicio. Hoy sabemos que la práctica de actividad física regular ayuda a prevenir enfermedades y mejora el estado de salud de la mayoría de la población.

La herencia genética puede determinar nuestra salud, pero también lo hacen el ambiente y sobre todo, nuestros hábitos o estilo de vida. La calidad y cantidad de vida dependen en primera instancia de cada persona.

Entendemos por actividad física cualquier movimiento corporal que provoque un gasto adicional de energía. Esto incluye, actividades de tipo laboral, domésticas, recreativas, ejercicio físico y el deporte. Como vemos la vida, exige que nos movamos a la vez que nos ofrece múltiples posibilidades para ello.

Pero, ¿Es preciso hacer deporte para beneficiarse de los efectos de la actividad física sobre la salud? La mejor respuesta sobre la base del conocimiento que tenemos es simplemente, no. Podemos obtener estos beneficios sólo cambiando los hábitos de vida sedentarios y evitando la inactividad. Lo que cuenta es la regularidad.

EL PLACER DE CAMINAR

Andar es la actividad física más natural, divertida y simple que uno puede realizar. Y una de las mejores formas de empezar a introducir cambios en nuestros hábitos de vida, o bien para volver a realizar ejercicio después de un periodo de convalecencia.

A continuación enumeramos algunas recomendaciones prácticas para poder sacar el máximo provecho de esta actividad.

Al preparar la sesión

1. Siéntase cómoda; utilice un calzado adecuado y vista ropa ligera.
2. Empiece andando lentamente para dar tiempo a que los músculos entren en acción e incremente el ritmo de forma progresiva.
3. Antes y después de andar realice 5 minutos de ligeros estiramientos de piernas y espalda.

Realice un programa a su medida

1. Empiece de forma suave, hágalo fácil: camine siempre a un ritmo que sea agradable. Al principio puede empezar con sesiones diarias de 5 minutos para posteriormente aumentar dos de las sesiones a 15 minutos. Cuando vea que va adquiriendo el hábito puede incrementar el tiempo de actividad a 30 minutos y andar 5 días por semana.



10 ideas para "activar" su vida

1. JUGAR CON SUS HIJOS / NIETOS.
2. ESCONDER EL MANDO A DISTANCIA DEL TV.
3. SUBIR POR LAS ESCALERAS.
4. CAMBIAR LA PAUSA DEL CAFÉ POR UN PASEO.
5. DEDICAR CINCO MINUTOS AL DÍA PARA ESTIRAR LOS BRAZOS, PIERNAS, ESPALDA Y CUELLO.
6. ANDAR SIEMPRE QUE PUEDA (AL IR AL TRABAJO, A DESAYUNAR, A ALMORZAR...).
7. REALIZAR UNA ACTIVIDAD SOCIAL ACTIVA (PASEE, SALGA A BAILAR CON AMIGOS).
8. PONER MÚSICA MIENTRAS REALIZAS LAS TAREAS DOMÉSTICAS.
9. BUSCAR ACTIVIDADES DE OCIO ACTIVAS (CUIDAR EL JARDÍN, IR DE EXCURSIÓN...).
10. APARCAR EL COCHE A DOS MANZANAS DE DONDE VAYA.

2. Utilice una técnica adecuada: andar es un ejercicio fantástico porque es simple de realizar y seguro. Intente mantener la cabeza alta y balancee los brazos de forma natural mientras ande.

3. Mida la intensidad del ejercicio: camine a un ritmo que sea confortable y le permita mantener una conversación sin perder el aliento ni tener sensación de fatiga. Recuerde que en cualquier actividad física que realice tiene que sentir sensación de bienestar.

Busque elementos de motivación

Iniciar cualquier actividad requiere iniciativa, mantenerla requiere compromiso.

Al principio, el pensar en los beneficios para su salud que va a proporcionarle caminar, será suficientes para sentirse motivada. Con el tiempo, será la sensación de bienestar y energía lo que le "enganche" (las personas que logran realizar una actividad física durante 6 meses, logran convertirla en un hábito).

TRES CONSEJOS FINALES

1. Diviértase; consiga que su pareja, hijos o amigos le acompañen.
2. Cambie de rutina; planifíquese diferentes rutas y caminos, compártalo con otras personas.
3. Piense en positivo; cuando por cualquier motivo esté cansada o baja de moral, tómese un descanso. Y vuelva a empezar cuando se sienta con fuerzas y con la energía renovada.

Hoy puede empezar su programa andando 10 minutos, no necesita más. ¿El resultado? Mejor salud, mayor satisfacción. ●



Mitos y realidades del cáncer de mama: las 10 preguntas más frecuentes

Por Miguel Martín

Este breve artículo pretende estimular el intercambio de opiniones entre oncólogos médicos y mujeres con cáncer de mama. He seleccionado, para empezar, 10 de las preguntas que más frecuentemente me hacen mis pacientes, sobre las que paso a dar mi opinión. Si las lectoras discrepan de mis respuestas, lo cual es muy probable, pueden enviarnos a la Redacción de la Revista sus alegaciones. También pueden mandarnos nuevas preguntas relacionadas con cualquier aspecto del cáncer de mama que deseen que contestemos. Cuando recopilemos un número suficiente de ellas, habrá un nuevo artículo.

1. ¿El cáncer de mama es alguna vez curable? He oído que puedes estar mucho tiempo bien, pero al final siempre se acaba reproduciendo la enfermedad.

El cáncer de mama diagnosticado precozmente es definitivamente curable con una serie de tratamientos, que pueden ir desde la cirugía aislada hasta combinada con la quimioterapia, hormonoterapia y radioterapia. Hay que reconocer, no obstante que en unos pocos casos se presentan recaídas más allá de 5 y aun de 10 y 15 años después del diagnóstico inicial, lo que ha generado la idea de que nunca se cura. Esto no es cierto: cuando se comparan dos tratamientos en estudios de diseño aleatorio*, el número de recaídas es mucho menor con los tratamientos más eficaces, y la ventaja de estos tratamientos se mantiene a lo largo de muchos años (más de 25 años al menos), por lo que podremos considerar que estos tratamientos realmente tienen la capacidad de curar el cáncer. En el momento actual, se calcula que cerca del 70% de las mujeres españolas diagnosticadas de cáncer de mama se curarán con los tratamientos actualmente disponibles.

2. ¿Tengo que irme a Estados Unidos para poder curarme de mi cáncer? Cuando la gente que tiene dinero lo hace, será por algo.

La única razón que se me ocurre para que vaya usted a tratarse un cáncer de mama a los Estados Unidos, es que tema el acoso de la prensa rosa si se queda en España. Si es usted actriz, cantante o presentadora de TV, puedo entender que se vaya a tratar a Estados Unidos. En los restantes casos no me parece en absoluto justificado porque probablemente va a recibir el mismo tratamiento que en España, con la diferencia que va a recibirlo en un medio extraño y le va a costar además mucho dinero. El nivel de la Oncología Médica en España es excelente. El hecho de que la gente que tiene dinero vaya a Estados Unidos a tratarse el cáncer no constituye, desde luego, una prueba del interés de esta visita.

3. Una vez hecho el diagnóstico de cáncer de mama ¿es urgente operarse?. Tengo entendido que la cirugía no puede demorarse nada.

La cirugía del cáncer de mama es un tratamiento que siempre puede esperar unos días. Cuando se realiza el diagnóstico de cáncer de mama, la enfermedad tiene ya un tiempo de vida de varios años, por lo que demorar la cirugía unos pocos días no tiene usualmente ninguna trascendencia. En muchos casos, incluso, la cirugía no es el mejor tratamiento inicial y es preferible comenzar el tratamiento con quimioterapia u hormonoterapia. Lo que es urgente ante el diagnóstico del cáncer de mama es informarse bien sobre las diferentes opciones terapéuticas consultando a médicos especializados en la enfermedad y tomar la decisión que más nos convenga.



El cáncer de mama diagnosticado precozmente es definitivamente curable con una serie de tratamientos, que pueden ir desde la cirugía aislada hasta combinada con la quimioterapia, hormonoterapia y radioterapia.

¿Quiere esto decir que pueden haber diversas opciones de tratamiento todas ellas válidas?

Exactamente, y usted debe tomar parte en la decisión ya que es quién va a recibir los beneficios y sufrir las secuelas del tratamiento. Un ejemplo clásico es la decisión entre cirugía conservadora de la mama y mastectomía (amputación de la mama). Si elige cirugía conservadora asume un pequeño riesgo de que el tumor se reproduzca en dicha mama (casi siempre curable con un tratamiento adecuado), pero tiene que saber que, si la elección está bien hecha, la cirugía conservadora de la mama no disminuye las posibilidades de curación.

4. ¿El cáncer de mama es hereditario?

Sólo lo es en un 8-10% del total de los casos. El cáncer de mama hereditario se da en familias que tienen varios miembros relacionados en primer grado (por ejemplo, abuela, materna, madre, hermana, hija) con cáncer de mama y/o de ovario. Por tanto, en la inmensa mayoría de los casos, cerca del 90% del total, el cáncer de mama no es hereditario (se denomina esporádico). En los casos de cáncer de mama hereditario, es muy importante que tanto la enferma como su familia reciban una información detallada de los riesgos y las posibles actitudes a adoptar. En la actualidad existen en algunos hospitales Unidades de Consejo Genético que realizan una gran labor asesora.

5. ¿Es mejor que me amputen la mama para tener las máximas posibilidades de curación?

Este es uno de los mayores errores de concepto que aun persisten sobre el tratamiento del cáncer de mama y está extendido no sólo entre las mujeres afectadas y la población general, sino también entre un número no desdeñable de cirujanos que, actuando a menudo de buena fe, lo recomiendan. Sin embargo, existe una evidencia científica clara de que la cirugía conservadora de la mama asociada a radioterapia proporciona las mismas tasas de supervivencia que la amputación radical de la mama en tumores de menos de 3 centímetros.

Por tanto, la cirugía conservadora debería ser la terapia de elección para la mayoría de las pacientes con cáncer de mama. En Francia, cerca de las tres cuartas partes de las pacientes son sometidas a esta ventajosa cirugía que no implica amputación, mientras que las cifras en España e incluso en Estados Unidos son

claramente deficientes, por debajo del 50%. Las causas de esta infrautilización de la cirugía conservadora de la mama son múltiples y complejas, pero usted debe saber que si tiene un tumor de menos de 3 centímetros de tamaño y no hay contraindicaciones, debería discutir con su cirujano este tipo de cirugía como primera opción.

6. ¿Es inevitable que se me hinche el brazo tras el tratamiento del cáncer de mama?

El denominado linfedema (edema linfático) del brazo aparece en mayor o menor grado en cerca del 40% de las pacientes sometidas a linfadenectomía axilar, una técnica quirúrgica ya muy antigua que acompaña a la cirugía de la mama y que consiste en la extirpación en bloque de los ganglios de la axila. A menudo se extirpan 20 ó 30 ganglios de la axila junto con tejido graso y conductos linfáticos. Esta extirpación interrumpe los canales de drenaje de la linfa, un líquido normalmente presente en los tejidos del brazo, lo que produce su acumulación en la extremidad. Actualmente, es discutible el interés terapéutico de la linfadenectomía axilar en las mujeres con cáncer de mama cuyos ganglios axilares no se palpaban. Además, cerca del 60% de las pacientes no presentan metástasis del cáncer en los ganglios de la axila, por lo que en ellas no hubiera sido necesario realizar esta extirpación.

Para resolver este dilema, se realiza ya en muchos hospitales del mundo, incluidos los españoles, la denominada biopsia del ganglio centinela*, en sustitución de la traumática linfadenectomía axilar. La técnica consiste en identificar mediante un ingenioso sistema de marcaje el primer ganglio axilar donde drena la mama. Este ganglio se extirpa y, si no tiene metástasis, la probabilidad de que existan metástasis en otros ganglios axilares es remota, por lo que puede evitarse con seguridad la linfadenectomía axilar.

7. ¿Debo acudir a realizarme las mamografías rutinarias de control o es suficiente con que me explore periódicamente las mamas?

A partir de los 50 años de edad (y probablemente antes), se ha demostrado sin lugar a dudas que la realización anual de mamografías de control en la población en general (en ausencia de todo síntoma), reduce la posibilidad de morir por un cáncer de mama, porque facilita un diagnóstico muy precoz de la enfermedad. Dicho



diagnóstico permite detectar tumores muy pequeños, que casi siempre pueden ser curados sin necesitarse la extirpación de la mama ni de los ganglios axilares.

8. ¿Por qué tengo que recibir quimioterapia después de la cirugía de la mama si el cirujano me ha dicho que me ha dejado completamente limpia de cáncer?

El cirujano probablemente tiene su razón al decirle lo que le ha dicho, porque realmente le ha quitado todo el tumor visible y él piensa que no queda enfermedad residual. Sin embargo, la cirugía aislada sólo cura el 30-60% de los cánceres (dependiendo del estadio de la enfermedad). Los restantes casos sufren una recaída que es debida a la existencia de grupos de células tumorales imperceptibles (denominados micrometástasis) en diversos órganos (hueso, pulmón, hígado, etc.). Estas células se generan en ocasiones en momentos muy precoces del cáncer de mama y están ya presentes (aunque no puedan detectarse) cuando se realiza la cirugía aparentemente curativa. Precisamente para intentar destruir estas células se administra la quimioterapia después de la cirugía, un tratamiento que se ha mostrado capaz de reducir de forma muy significativa las recaídas del cáncer de mama operable.

9. ¿Para qué sirve el tratamiento hormonal tras la cirugía (adyuvante)? ¿Es verdad que evita un cáncer pero puede producir otro?

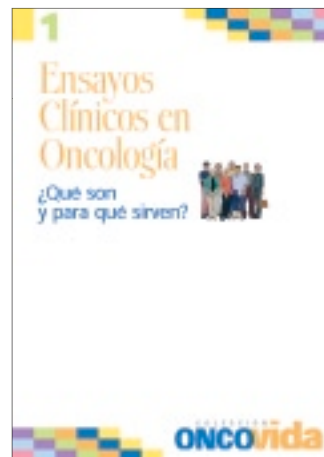
El tratamiento hormonal adyuvante tiene exactamente la misma finalidad que el tratamiento con quimioterapia que hemos descrito antes, aunque sólo es eficaz en tumores que poseen receptores de hormonas. En estas pacientes, la terapia hormonal, usualmente administrada durante 5 o más años, reduce significativamente el riesgo de recaídas.

Uno de los medicamentos hormonales más utilizados hasta ahora, el tamoxifeno, puede efectivamente inducir la aparición de un cáncer de endometrio. No obstante, esto ocurre en una proporción de pacientes infinitamente minúscula, y muy inferior a la de las que se curan del cáncer de mama, por lo que no se considera una razón para no utilizarlo cuando está indicado.

10. En el hospital donde me tratan de cáncer de mama me han propuesto participar en un ensayo clínico. ¿Debo participar? ¿No estaré haciendo de cobaya?

Puede usted tener la seguridad de que si un Oncólogo Médico de un hospital español le propone un ensayo clínico, la participación en dicho ensayo no le va a exponer a ningún riesgo innecesario y, probablemente, le va ser de utilidad a usted y a las futuras mujeres con cáncer de mama.

En España, los ensayos clínicos están estrictamente regulados y deben ser aprobados primero por el Comité Ético del Centro donde se realizan (o en su defecto, por un Comité Ético Regional) y, posteriormente, por las Autoridades Sanitarias. Ello garantiza que dichos ensayos sean éticamente impecables y científicamente relevantes. Participar en ensayos clínicos puede tener muchas ventajas para usted. Puede acceder a fármacos en fase de aprobación para el tratamiento de su enfermedad, pero que no se le pueden administrar aún por problemas burocráticos, excepto en ensayos clínicos. Además, estará siendo sometida a un control muy estrecho de la evolución de su salud. Y no olvide que, al participar en ensayos clínicos, está colaborando a que el tratamiento de las futuras pacientes de cáncer de mama sea más eficaz. De hecho, el tratamiento que recibirá usted si no participa en ningún ensayo clínico, será el que se haya mostrado más eficaz en ensayos clínicos anteriores, en los que participaron voluntariamente muchos cientos de mujeres con cáncer de mama.



Si desea conocer más acerca de los ensayos clínicos, la Sociedad Española de Oncología Médica, en colaboración con la compañía Pfizer, ha editado un folleto que resume la información más importante sobre los ensayos clínicos, y que puede encontrar en las siguientes páginas web:

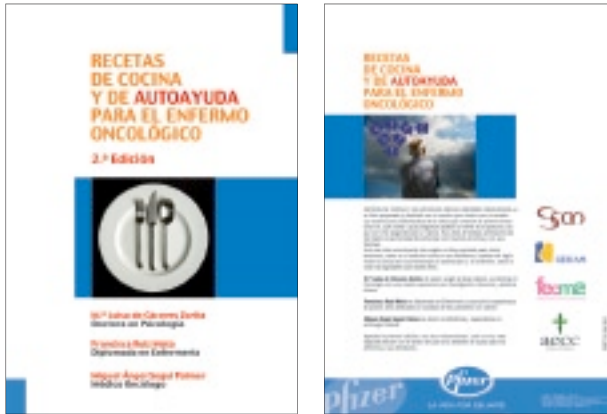
www.seom.org

www.pfizer.es

Creo que por esta vez es suficiente. Anímese a enviarnos sus preguntas, y procederemos a escribir un nuevo artículo de esta serie. ●

Nutrición y dieta

Por Miguel Ángel Seguí Palmer



(Basado en el libro “Recetas de Cocina y de Autoayuda para el Enfermo Oncológico”)

INFLAMACIONES, ÚLCERAS Y LLAGAS EN LA BOCA

El tratamiento de cáncer puede producir efectos tóxicos tanto en las células enfermas como en las normales. Estos efectos repercuten de una manera importante en la boca porque sus células se renuevan continuamente. Además, debilitan el sistema inmunitario local que defiende la boca y mucosa oral de las infecciones.

Los problemas orales más frecuentes después de la quimio y la radioterapia son la mucositis y la estomatitis, términos que se suelen usar indistintamente pero que no tienen significados ligeramente distintos: la mucositis es una inflamación de la mucosa de la boca que se manifiesta en forma de llagas o úlceras dolorosas que pueden llegar a sangrar. La estomatitis es una inflamación de cualquiera de los tejidos orales (dientes, encías, etc.) que comprende tanto la mucositis como las infecciones de los tejidos de la boca.

La mucositis aparece en alrededor de la mitad de los pacientes, comúnmente 7 ó 10 días después de la quimioterapia y cuando no hay infección se soluciona sola, por lo general, en 2 ó 4 semanas coincidiendo con la normalización del recuento de glóbulos blancos. Empeora cuando se complica con alguna infección en la boca, cuyo sistema inmunitario ya no está funcionando demasiado bien. De hecho, la pérdida de mucosa en la boca puede permitir que los microorganismos infecciosos

pasen a la corriente sanguínea, de forma que hasta las bacterias que están normalmente en la boca y que son beneficiosas, pueden causar infecciones graves. Según disminuye el número de glóbulos blancos en la sangre, aumenta la frecuencia e importancia de las infecciones y los pacientes con un bajo número de glóbulos blancos durante mucho tiempo corren mayor riesgo de desarrollar infecciones serias.

La radioterapia de la cabeza y el cuello pueden causar los mismos problemas orales que la quimioterapia y, además, puede dañar las glándulas que producen la saliva, los músculos que se usan para masticar y los huesos de las mandíbulas. Estos problemas orales pueden dificultar el tratamiento completo del paciente e incluso obligar a su interrupción temporal o definitiva.

PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO

Las complicaciones en los pacientes que reciben irradiación de la cabeza y el cuello se pueden reducir al mínimo cuando se toman medidas preventivas antes de comenzar el tratamiento: una alimentación bien equilibrada, una buena higiene oral y pronta identificación de los problemas orales. Un dentista que conozca las complicaciones bucales del tratamiento contra el cáncer debe examinar tan pronto como sea posible al paciente (varias semanas antes de empezar el tratamiento) para solucionar cualquier problema que tuviera en dientes o encías antes de iniciar quimio o radioterapia de cabeza o cuello. La evaluación de la salud de la boca antes del tratamiento permite al dentista determinar qué medidas necesita tomar durante y después del tratamiento. Además, debe enseñar al paciente a cuidar su boca y los dientes.

Durante el tratamiento, la buena higiene dental ayuda a reducir al mínimo los problemas como caries, mucositis e infecciones de hongos. La higiene oral comprende el cepillado y la limpieza con hilo dental para eliminar la placa. Hay que escoger cuidadosamente los productos orales, ya que algunos pueden dañar los tejidos débiles; no se deben usar enjuagues que contengan alcohol (la mayoría de los productos comerciales tienen un alto contenido en alcohol); ciertas pastas de dientes pueden irritar tejidos o quemar las encías, por lo que se debe utilizar una pasta de dientes suave (para niños).

Cuando se presenta mucositis o estomatitis, la atención se centra en realizar una limpieza extremadamente cuidadosa y en aliviar los síntomas; limpieza de dientes y boca cada 4 horas y al ir a dormir (o con mayor frecuencia si empeora) con agua y bicarbonato o infusiones suaves (por ejemplo, de manzanilla); El agua oxigenada diluida en una cantidad igual de agua, puede utilizarse cuando hay



costras, pero sólo durante 1 ó 2 días porque impide que cure la mucositis. Si la mucositis es dolorosa, se pueden usar medicamentos que se aplican directamente en el interior de la boca para aliviar el dolor y la inflamación. Hay que enjuagarse frecuentemente la boca.

Para evitar infecciones causadas por hongos, se puede utilizar medicamentos; los enjuagues y pastillas que contienen medicamentos antifúngicos pueden ayudar a evitar las infecciones superficiales de la boca, pero como no se absorben, no ayudan a tratar las infecciones más profundas como las del esófago. ●

CONSEJOS PARA EL TRATAMIENTO DE MUCOSITIS-ESTOMATITIS, ULCERAS O LLAGAS EN LA BOCA

- Fraccionar las comidas en tomas pequeñas y frecuentes.
- Evitar alimentos que se pegan al paladar; ingerir bocados pequeños y masticarlos completamente.
- Incluir alimentos fáciles de ingerir con alto valor energético: helado de mantecado, batidos enriquecidos, etc.
- Tener alimentos infantiles a mano que pueden solucionar situaciones concretas.
- Comer los alimentos a temperatura ambiente o fríos para disminuir el dolor.
- Evitar los alimentos secos (tostadas, frutos secos) y especias fuertes (pimienta, pimentón) y los sabores ácidos (limón, kiwi).
- Usar saltas, nata, mantequilla, gelatina para conseguir la consistencia deseada para facilitar la deglución.
- Para reducir el tamaño de los alimentos utilizar el chino, la trituradora y la licuadora.
- Se recomiendan comidas que incluyan patatas, papaya, miel, salvia. Tienen virtudes de efecto antiséptico, depurativo, etc.
- Utilizar una papilla para ingerir determinados alimentos.
- Dejar escapar el gas de los refrescos gaseosos.
- Evitar las bebidas alcohólicas, cigarrillos, pipa y cualquier forma de tabaco.
- Preguntar a su médico o enfermera sobre los enjuagues bucales para hacer gárgaras.
- Hacer enjuagues con miel diluida en agua o con infusiones de tomillo, salvia, manzanilla, bicarbonato (una cucharada de las de café diluida en medio vaso de agua).
- Antes de las comidas dejar en la boca agua fría o hielo triturado para adormecer el dolor y poder ingerir mejor.
- Si hay dificultades para tragar pastillas o cápsulas preguntar al médico o enfermera si se pueden triturar o si están disponibles en jarabes.
- Si la temperatura es igual o superior al 38°C o si se tienen dolor al ingerir alimentos líquidos, avisar al médico o enfermera.

RECOMENDACIONES DE MENÚ PARA LA MUCOSITIS

DESAYUNO-MERIENDA

- En ayunas, tomar una cucharada de miel pura, se ensaliva bien y se espera como mínimo una hora antes del desayuno.
- Leche entera, leche de soja, leche de almendra.
- Galletas, magdalenas, melindres, bizcochos caseros mojados en leche.
- Papilla de cereales con leche.
- Papilla de frutas con una cucharada de levadura de cerveza.
- Yogur con una cucharada de levadura de cerveza y miel.
- Pan de molde con: manteca de cacahuete, queso fundido, mantequilla con salmón, mantequilla con jamón de york, leche condensada, zumos de papaya, patata, etc.

COMIDA-CENA

Primeros platos:

- Espárragos con mayonesa ligera.
- Calabacín, patata y zanahoria al vapor o hervida, aliñada con aceite de oliva virgen.
- Patatas al horno o hervidas con mayonesa de aguacate.
- Puré de patata con una cucharada de levadura de cerveza.
- Crema de espinacas.
- Crema de boniato.
- Crema de calabaza de salvia.
- Crema de legumbres: garbanzos, lentejas con arroz, judías secas, guisantes, etc.
- Pasta italiana con salsa suave o aliñada con albahaca y aceite de oliva virgen.
- Sopas (de carne, pescado, vegetal) con fideos finos.
- Vichyssoise fría.
- Soufflé de patatas.
- Mousse de escalibada
- Flan de Judías.

Segundos platos:

- Croquetas de queso, de bacalao, patata.
- Canalones de espinacas, pescado o carne.
- Pastel de patata.
- Gelatina de pescado, de pollo.
- Brandada de bacalao.
- Filete de ternera con verduras y queso (pasado todo por el chino).
- Merluza con verduras (pasado todo por el chino).

Postres:

- Plátano maduro, papaya, mango, fruta en almíbar, flan, yogur, requesón con miel, helados, sorbetes, natillas, compota de manzana, pera hervida.

Si la mucositis es dolorosa, se pueden usar medicamentos que se aplican directamente en el interior de la boca para aliviar el dolor y la inflamación

**RECETAS ACONSEJADAS PARA MUCOSITIS Y ESOFAGITIS*****Mousse de escalibada*****Ingredientes:**

- 2 pimientos grandes
- 2 berenjenas grandes
- 200 ml de crema de leche
- 125 ml de leche
- 5 huevos
- Sal

Preparación: Se ponen los pimientos y las berenjenas sin pelar y lavados en una fuente al horno con el gratinador encendido. Mientras se asan se deben dar vueltas hasta que estén bien tostados. Una vez asados, se retira la fuente y se tapa con un trapo húmedo hasta que se enfríen y se puedan pelar mejor. Una vez limpios se trituran con la batidora añadiendo al mismo tiempo la mitad de la crema de leche; Después, terminar de echarla toda y a continuación la leche hirviendo previamente mezclada con los huevos ligeramente batidos sazonados con sal. Echar toda la mezcla en un molde previamente forrado con papel en el fondo y engrasado. Se pone en el horno al baño maría unos 50 ó 60 minutos. Una vez cocido, dejarlo enfriar para desmoldarlo.

GABINETE PSICOLÓGICO

Trastornos en el estado de ánimo: (II) técnicas de intervención psicoterapéuticas

Por Carmen Vilardell y Francisco Javier Espada



Con el presente artículo pretendemos ayudarle a usted sí, a consecuencia del cáncer de mama, vive una fase de estado de ánimo bajo o depresivo. Fundamentalmente, nos gustaría dirigirnos a todas aquellas personas a quienes los síntomas de la depresión pueden suponer un obstáculo para afrontar tanto el diagnóstico como el tratamiento médico.

Es en este apartado, donde los profesionales de la salud debemos explicarle a usted cómo podemos ayudarle a afrontar adecuadamente la enfermedad, y lograr un aumento en su calidad de vida, a través de diferentes técnicas de intervención psicoterapéuticas.

Es importante plantearnos, en primer lugar, las distintas etapas que puede presentar el propio curso clínico de la enfermedad.

TABLA I

ETAPAS DEL CURSO CLINICO

- Diagnóstico.
- Hospitalización y tratamientos.
- Post-tratamientos y recuperación.

En cada etapa se desarrollan unas características psicológicas determinadas. El momento del **diagnóstico**, ocasiona una gran revolución de emociones: ansiedad, ira, dificultad para concentrarse, y una búsqueda a veces angustiada del porqué de esta enfermedad (“¿por qué tienen que existir estas enfermedades?” “¿Por qué a mí?”).

Después, encontramos el proceso en el que se desarrolla la **hospitalización y tratamientos**. En esta etapa, los problemas más comunes con los que tiene usted



que enfrentarse son la vuelta a casa y a las responsabilidades, la adaptación a los efectos secundarios y a las secuelas del tratamiento, y sobre todo, la recuperación del funcionamiento normal en todas las áreas de su vida cotidiana: trabajo, tareas domésticas y relación con sus familiares próximos. Esta etapa se caracteriza por la incertidumbre acerca del futuro.

Finalmente, en una tercera etapa de **post-tratamiento y recuperación**, usted siente la amenaza de que el cáncer pueda volver a aparecer ante cualquier dolor o molestias física. Tiene que pasar tiempo hasta que recupere la confianza para afrontar estas situaciones sin tanta dificultad.

Teniendo en cuenta las etapas que hemos descrito anteriormente, la **intervención psicológica** se centra en proporcionarle a usted estrategias de afrontamiento, es decir, en demostrarle que lo que piensa y hace, incide a la hora de reducir las emociones negativas que la enfermedad le provoca. Las herramientas tratan de que usted entienda lo que le ocurre (cognitivas) y de que cambie algunas conductas, con el fin de facilitar su propia adaptación, e intentan promover un adecuado afrontamiento durante todo el proceso diagnóstico, de tratamiento y de seguimiento. Esto favorecerá que se desarrolle en usted un fuerte espíritu de lucha, para conseguir un buen seguimiento del tratamiento oncológico prescrito. Es importante y necesario valorar y tratar las reacciones emocionales que pongan en riesgo todo ello.

¿CUÁNDO ES NECESARIA LA AYUDA PSICOLÓGICA?

Cuando la paciente presenta un inadecuado manejo de la enfermedad y del tratamiento. Piense si usted evita pedir información médica sobre lo que le está pasando, o siente miedo por la evolución de la enfermedad, o se está aislando de su pareja, familia o amigos, o manifiesta síntomas de angustia o tristeza, que se acompañan de pensamientos negativos de derrota. Todos estos son signos de que puede usted necesitar ayuda psicológica.

OBJETIVOS DE LOS TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

Expertos como Gree Pettingale y sus colaboradores, resumen los objetivos de los tratamientos psicológicos tal y como describimos a continuación:

1. Mejorar en la paciente el manejo de las reacciones emocionales, depresión y cualquier otro síntoma de estrés psicológico. Normalmente se trata de reacciones emocionales depresivas, reactivas a la propia enfermedad y a su evolución, pero desadaptativas, ya que disminuyen la calidad de vida y bienestar de la enferma.
2. Mejorar el ajuste mental al cáncer favoreciendo un espíritu de lucha positivo.
3. Promover en los afectados un sentido de control personal sobre sus vidas y una participación activa en el tratamiento de su enfermedad.

4. Desarrollar estrategias de afrontamiento efectivas para luchar contra el cáncer.
5. Mejorar el déficit de comunicación entre el enfermo y su familia.
6. Alentar la expresión abierta de sentimientos negativos: ira, culpa, tristeza...

¿CÓMO SE ORIENTA LA INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA?

La intervención terapéutica se orienta hacia el problema o problemas que usted tenga, ya sean de tipo emocional (depresión, angustia, ira, etc.), interpersonales (dificultad en la comunicación de pareja, aislamiento social, etc.), problemas relacionados con la enfermedad en general (miedo a la recurrencia, a la muerte, a resultados imprevisibles...), problemas relacionados con el tipo de cáncer (por ejemplo, sentirse poco femenina por las consecuencias de un cáncer de mama).

Es importante que usted y su psicólogo trabajen juntos para resolver cualquiera de los problemas que hemos descrito anteriormente. Para tal fin, se han de establecer hipótesis, y hacer que usted misma las ponga a prueba, con el objetivo de que compruebe por sí misma la falta de base racional de sus creencias.

Los objetivos del tratamiento cambian durante el curso de la terapia, según los problemas a los que se vaya usted enfrentando, pero es aconsejable establecer en el proceso terapéutico tres fases dedicadas a objetivos diferentes.

TABLA 2: Fases y objetivos del tratamiento

FASES	OBJETIVOS
INICIAL	<ul style="list-style-type: none"> • Aliviar los síntomas emocionales. • Maximizar la calidad de vida. • Autocontrol emocional.
INTERMEDIA	<ul style="list-style-type: none"> • Aprender a identificar y controlar pensamientos negativos.
FINAL	<ul style="list-style-type: none"> • Prevención de recaídas. • Planificación del futuro.

La **fase inicial** consiste en establecer las bases para el resto de la terapia. Permite que usted aprenda a identificar cómo actúan sus pensamientos para provocar un estado de malestar emocional, y por otro lado enseñarle a mejorar nuevas estrategias de afrontamiento.

Por lo tanto las metas a conseguir en esta primera fase serán:

- **Alivio de síntomas**, reduciendo la depresión y la angustia mediante técnicas de conducta como distracción, entrenamiento en relajación, asignación de tareas



graduales y programas de actividades.

- **Maximizar la calidad de vida**, encontrando satisfacción en las tareas que se realizan, o aprendiendo otras que le sean satisfactorias.
- **Control de emociones** mediante la expresión abierta de sentimientos.

En definitiva, lo que se persigue es que usted se familiarice con las técnicas, y que sea capaz de identificar sus estados emocionales, y sobre todo de expresarlos. Se trata de convencerle del beneficio que le puede reportar la terapia, así como del bienestar psicológico a corto y a largo plazo.

En la fase intermedia, los objetivos se centran en enseñarle a usted a identificar y controlar pensamientos negativos asociados, en un momento determinado, a la depresión, y a la resolución de problemas. En esta fase puede ser conveniente hablar con su pareja o con su familia para que éstos comprendan, no sólo los problemas que la enfermedad ha supuesto para usted, sino también para que le ayuden a expresar de forma adecuada y apropiada sus emociones (por ejemplo, a manifestar sus quejas, sus apetencias, sus frustraciones...).

La fase final, aborda la prevención de recaídas (en cuanto al estado de ánimo) y la planificación del futuro. Se trata de afianzar las técnicas aprendidas, y de que usted sea capaz de aplicarlas a otras situaciones estresantes de la vida, aunque no tengan relación con la enfermedad. Se le animará a establecer metas a medio plazo y a que continúe con su vida habitual.

Los elementos principales de la terapia, son las **técnicas terapéuticas** (conductuales, cognitivas y de expresión de emociones).

TABLA 3: *Técnicas terapéuticas*

CONDUCTUALES	<ul style="list-style-type: none"> • Programación de actividades. • Desviación de la atención. • Entrenamiento en relajación.
COGNITIVAS	<ul style="list-style-type: none"> • Combatir pensamientos automáticos negativos.
EXPRESIÓN DE EMOCIONES	<ul style="list-style-type: none"> • Expresión de sentimientos.

Centrándonos en el ánimo depresivo, el objetivo de las **técnicas conductuales** es que se hagan, de una forma progresiva, el mayor número posible de actividades, teniendo en cuenta las limitaciones impuestas por la enfermedad, y el nivel de actividad mantenido antes de iniciarse la misma. Con ello, se intenta fomentar el

espíritu de lucha y cierto sentido de control personal. La programación de actividades le ayudará a saber en qué momentos se encuentra desanimada, y cómo influye esto sobre su conducta. Conviene que vaya escalonando sus actividades en función del grado de satisfacción que éstas le proporcionen, y del grado de dominio que pueda manifestar sobre ellas.

Por otro lado, también es necesario desviar la atención en aquellos momentos que se necesite. El registro de las actividades, así como el de los pensamientos negativos, va a servir para que el psicólogo sepa en qué momentos usted se encuentra más preocupada, bien por su enfermedad, o bien por sus pensamientos en general. Esto permite programar actividades que le resulten agradables en cada situación, y que le ayuden a superar momentos en que se sienta más deprimida, y le faciliten apartar pensamientos negativos de su mente.

Cualquier conducta que usted sienta como reflejo de auto-control o dominio personal, puede ayudarle a sentirse capaz de combatir emociones intensas de desamparo y desesperanza.

Las **técnicas cognitivas** son una parte importante de la terapia, convirtiéndose en el trabajo principal de la etapa intermedia. Se trata de demostrarle a usted que su forma de pensar y la interpretación que hace de la situación, influyen directamente sobre sus estados de ánimo, siendo la causa de los mismos. Es decir, no es sólo la realidad la responsable de sus emociones, sino que es fundamental la forma que usted tiene de interpretar dicha realidad (tabla 4).

Mediante las técnicas cognitivas, se le enseña a usted a combatir los pensamientos automáticos negativos, ayudándole a identificar y cambiar su base irracional (tabla 5).

Una vez identificado el pensamiento negativo, se trata de cambiarlo por respuestas más racionales, con el objetivo de filtrar las emociones desagradables.

Por último la expresión de emociones, es la parte en la que usted tiene que aprender a expresar sus sentimientos de una forma adecuada, evitando las explosiones afectivas excesivas e intensas.

A modo de resumen final, podemos señalar que la finalidad de la intervención psicoterapéutica, como se ha venido describiendo a lo largo del texto, es que usted participe de forma activa en su proceso de recuperación, con el fin de reducir su sintomatología depresiva, aumentar su espíritu de lucha y mejorar su calidad de vida. ●



Las técnicas cognitivas son una parte importante de la terapia, convirtiéndose en el trabajo principal de la etapa intermedia ...su forma de pensar y la interpretación que hace de la situación, influyen directamente sobre sus estados de ánimo...

TABLA 4

TABLA 5: *Pensamientos automáticos negativos*

TIPOS	EJEMPLOS
Pensamientos catastróficos “y si”. Se espera y anticipa siempre lo peor.	<ul style="list-style-type: none"> · ¿Y si aparece una recaída? · ¿Y si me mareo durante las pruebas? · A partir de ahora me voy a pasar mi vida preocupada.
Pensamientos “todo o nada”. Las cosas son buenas o malas, blancas o negras...	<ul style="list-style-type: none"> · Todo lo malo me ocurre a mí. · Mi vida ya no tiene sentido.
Filtraje. No se filtran adecuadamente los detalles negativos.	<ul style="list-style-type: none"> · Es terrible tener cáncer. · Del diagnóstico de cáncer sólo se puede sacar dolor, sufrimiento y muerte.
Interpretación del pensamiento. Adivina lo que sienten los demás con respecto a usted.	<ul style="list-style-type: none"> · Soy una carga para mi familia. · Está conmigo porque le doy pena.
Personalización. Cree que todo lo que la gente hace o dice es alguna forma de reacción hacia usted. Se compara continuamente con los demás.	<ul style="list-style-type: none"> · Todo el mundo controla la enfermedad mejor que yo. · Actúan así porque yo estoy presente.
Razonamiento emocional. Confunde las emociones y sentimientos con hechos reales y objetivos.	<ul style="list-style-type: none"> · Si me siento mal es porque la enfermedad está avanzando.
Culpabilidad. Piensa que los demás son culpables de su sufrimiento.	<ul style="list-style-type: none"> · Si el médico me hubiera explorado adecuadamente, esto no hubiera sido tan malo.
“Los debería”.	<ul style="list-style-type: none"> · Debería estar más animada. · Mi marido debería estar más pendiente de mí.
“Sobre generalización”. Si ocurre algo malo en una ocasión, espera que ocurra una y otra vez.	<ul style="list-style-type: none"> · Nadie que tiene un cáncer se salva. · Desde que tengo la enfermedad soy una inútil.

Mujer y cáncer de mama: Movimiento asociativo

Por **Antonia Gimón Revuelta**



El movimiento asociativo que relaciona mujer y salud, y que tiene como objetivo o razón de ser ayudar a esa mujer con una determinada enfermedad como es el Cáncer de Mama, es un movimiento relativamente “joven”, entre otras razones:

- Porque para ese objetivo existían ámbitos de actuación vinculados muy estrechamente, y casi en exclusiva, a Asociaciones impulsadas en el pasado desde áreas gubernamentales, pero en modo alguno representativas de las mujeres-pacientes.
- Porque es en los últimos años cuando se ha llegado a sentir la necesidad de visualizar la realidad de determinadas enfermedades.
- Porque se ha creído necesario responder a determinadas carencias de las administraciones sanitarias.
- Porque se ha visto la utilidad de plantear determinadas reivindicaciones sanitarias, psico-sociales y laborales.
- Porque mujeres con Cáncer de Mama hemos decidido organizarnos para ser una conciencia social activa y crítica sobre lo que es y rodea a esa patología.

No es fácil para mujeres que viven con una determinada enfermedad, de consecuencias no siempre previsibles, constituir Asociaciones, máxime, cuando no

existe una cierta tradición de movimiento asociativo, como ocurre en algunas Comunidades Autónomas, o cuando no se detecta la utilidad clara de ese movimiento asociativo.

Toda Asociación, como organización no lucrativa y de carácter no gubernamental, se constituye a partir de la definición de un objetivo compartido por quienes deciden libremente asociarse. Para ello se utilizan los medios materiales humanos necesarios, y se desarrollan los programas y actividades más adecuadas y factibles para la consecución del objetivo definido.

Nuestras Asociaciones son **estructuras de participación ciudadana voluntaria y libre**, con personalidad jurídica propia, que constituyen espacios de encuentro e intercambio, de participación, de formación, de representación y reivindicación.

Quienes participan en el **movimiento asociativo vinculado a la salud**, hemos vivido la experiencia de que, a la incertidumbre, ansiedad, y a las preguntas para las que no se encuentra respuesta inmediata, se unen sentimientos compartidos cuando se detectan carencias, falta de apoyos o necesidad de ayuda.

Surge entonces la necesidad de conocerse, de profundizar en lo que se comparte, de buscar alternativas, de reivindicar soluciones posibles, de asociarse. **En las**



Asociaciones de mujeres con Cáncer de Mama, nos integramos después de haber sentido esta enfermedad y sus consecuencias. Como pacientes que hemos conocido ese camino, están en disposición de conocer más y mejor nuestra enfermedad, de reivindicar juntas, y de compartir vivencias y experiencias con otras mujeres en igual o similar situación.

Después vendrá el recorrido administrativo y formal de constituirse. Luego, poner en marcha iniciativas de divulgación, de formación, de sensibilización, de ayuda mutua, de implementación de iniciativas, actividades, programas y servicios, etc.

Las Asociaciones son y deben seguir siendo plataformas:

- De intercambio de ideas y opiniones;
- De difusión de información;
- De promoción de actividades, **optimizando las posibilidades que ofrecen las nuevas tecnologías como Internet o el trabajo en red**, y buscando la mejor calidad de todas y cada una de nuestras acciones y actividades, en todos y cada uno de nuestros proyectos.

Debemos acostumbrarnos a **evaluar las actividades** que desarrollamos, relacionándolas con nuestros objetivos, y acostumbrarnos a rendir cuentas del impacto social de nuestras actuaciones. La evaluación nos obligará a reflexionar sobre la validez de lo que hacemos, y a constatar si dicha actividad debe modificarse, reorientarse o darse por amortizada.

La evaluación de todo programa o actividad, debe relacionarse directamente con los objetivos que definen y dan sentido a la existencia de nuestras Asociaciones. Debemos evaluar la actividad, la metodología, el esfuerzo, la inversión y coste económico, los resultados obtenidos respecto a los buscados, la satisfacción de quienes han desarrollado la actividad y de quienes han participado en ella.

Las **Asociaciones de pacientes**, aceptando este término en su sentido más amplio, dinámico y convencional, se constituyen desde la sociedad civil como **defensoras de sus derechos**, en cuanto a que son usuarias de los servicios sanitarios, y como mediadoras de sus demandas hacia las organizaciones políticas, los representantes electos, las diferentes administraciones, los colectivos profesionales y hacia las sociedades científicas.

Sin ocupar espacios, responsabilidades o competencias que no son nuestras ni nos corresponden, las

Asociaciones de pacientes deberán ser reconocidas como interlocutoras por quienes tienen la capacidad y obligación de decidir, participar en la determinación de prioridades sanitarias, en la definición de algunas políticas públicas, y ser consultadas por los órganos de gobierno o de gestión de las administraciones con competencias en sanidad, políticas sociales y mercado laboral.

Quienes defendemos y fomentamos el movimiento asociativo de pacientes, o de apoyo y ayuda a personas con determinadas enfermedades o patologías, como es el caso del Cáncer de Mama, y lo hacemos desde la convicción de su utilidad, **estamos atentas a los cambios que se están produciendo en la sociedad en relación con nuevos derechos de los usuarios de la sanidad**, como:

- El derecho a una información de calidad;
- El derecho a una segunda opinión;
- El derecho a decidir sobre determinadas alternativas terapéuticas.

También estamos atentos a **las posibles diferencias territoriales** que puedan aparecer, como consecuencia de la transferencia de las competencias de la sanidad pública a las Comunidades Autónomas.

Somos conscientes de que, en la medida en que se destaquen los **derechos y las necesidades de los pacientes**, estaremos avanzando hacia una medicina bastante más humanizada. Cada vez es mayor la tendencia de los pacientes a asumir un papel más activo en los procesos de toma de decisiones que afectan a la salud. Por eso, los pacientes se organizan y se asocian.

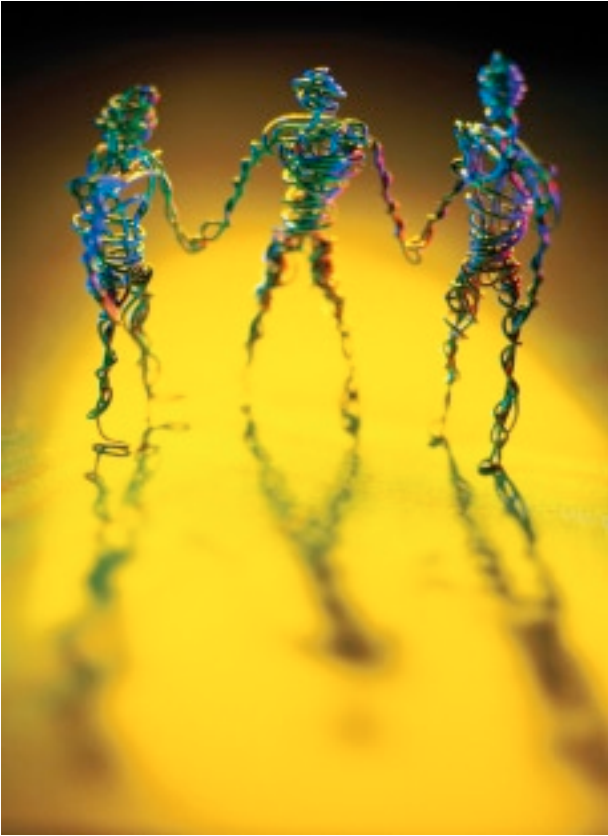
Nuestras Asociaciones de mujeres con Cáncer de Mama, como todas las Asociaciones de pacientes, requieren, cada vez más, una atención sanitaria personalizada, de mayor calidad, y dotada de la tecnología y con las propuestas terapéuticas más avanzadas.

- **Apoyamos las nuevas líneas de investigación;**
- **Manifestamos interés por colaborar con los profesionales de la sanidad;** y
- **Defendemos la importancia de los ensayos clínicos.**

Recordamos la Declaración de Barcelona de las Asociaciones de pacientes, suscrita en 2003, en la que se destaca la **importancia de la implicación de los usuarios de la sanidad, en la toma de decisiones clínicas.** Aunque

“Somos conscientes de que, en la medida en que se destaquen los derechos y las necesidades de los pacientes, estaremos avanzando hacia una medicina bastante más humanizada.”





el criterio que debe prevalecer es el del médico, hay que respetar la **autonomía del paciente**, su voluntad de decidir “desde la elección prioritaria o rechazo de la opción terapéutica indicada, hasta la expresión de preferencias y valores con respecto a la probable evolución de la enfermedad, que permitan guiar la decisión del profesional”.

Las Asociaciones defendemos que los **sistemas sanitarios**, por su parte, **deberán dotar a los profesionales sanitarios de medios materiales y humanos suficientes, y fomentar una mayor formación de estos profesionales** en técnicas de comunicación, y en habilidades de relación con los pacientes, en cómo mejorar el conocimiento e implantación de los derechos de los mismos, y en los cuidados psico-sociales, sin olvidar la importancia de aspectos como el apoyo psicológico, la integración en el mercado laboral y la atención socio-sanitaria.

Si pensamos en un paciente informado y autónomo, que quiere participar de forma activa en la toma de decisiones que afectan a su salud, se debe mejorar ne-

cesariamente la comunicación médico - paciente, lo que requiere un profesional de la sanidad más preparado en el dominio de las pautas para esa relación.

Las Asociaciones, cuya razón de ser reside en la relación salud y mujer, debemos ser conscientes de la importancia que han adquirido para nosotras aspectos como:

- La promoción de hábitos saludables;
- La información para la prevención de determinadas enfermedades;
- La importancia de participar activamente en las campañas para la detección precoz de algunas patologías;
- Potenciar la responsabilidad en el cuidado de la propia salud;
- Activar el desarrollo de la autoestima;
- Participar en actividades de formación, información y sensibilización.

Aumenta la preocupación por la salud de la mujer; se tiende a una mayor atención por el auto-cuidado; se valoran los mejores hábitos preventivos; existe un mayor acceso a múltiples fuentes de información sanitaria; **se ofrece una creciente cobertura de los temas de salud en los medios de comunicación;** se valoran los problemas que afectan a los servicios sanitarios.

Crecen, afortunadamente, los foros y encuentros que relacionan mujer y salud, donde las mujeres organizadas podemos poner en común nuestras propuestas, inquietudes, vivencias, experiencias y reivindicaciones sanitarias, sociales y laborales. Tenemos que estar presentes en los Consejos de la Mujer, en los Consejos de Igualdad, en los Grupos y Organizaciones autonómicas o estatales como la Federación Española de Cáncer de Mama (FECMA) o supra-estatales como Europa Dona.

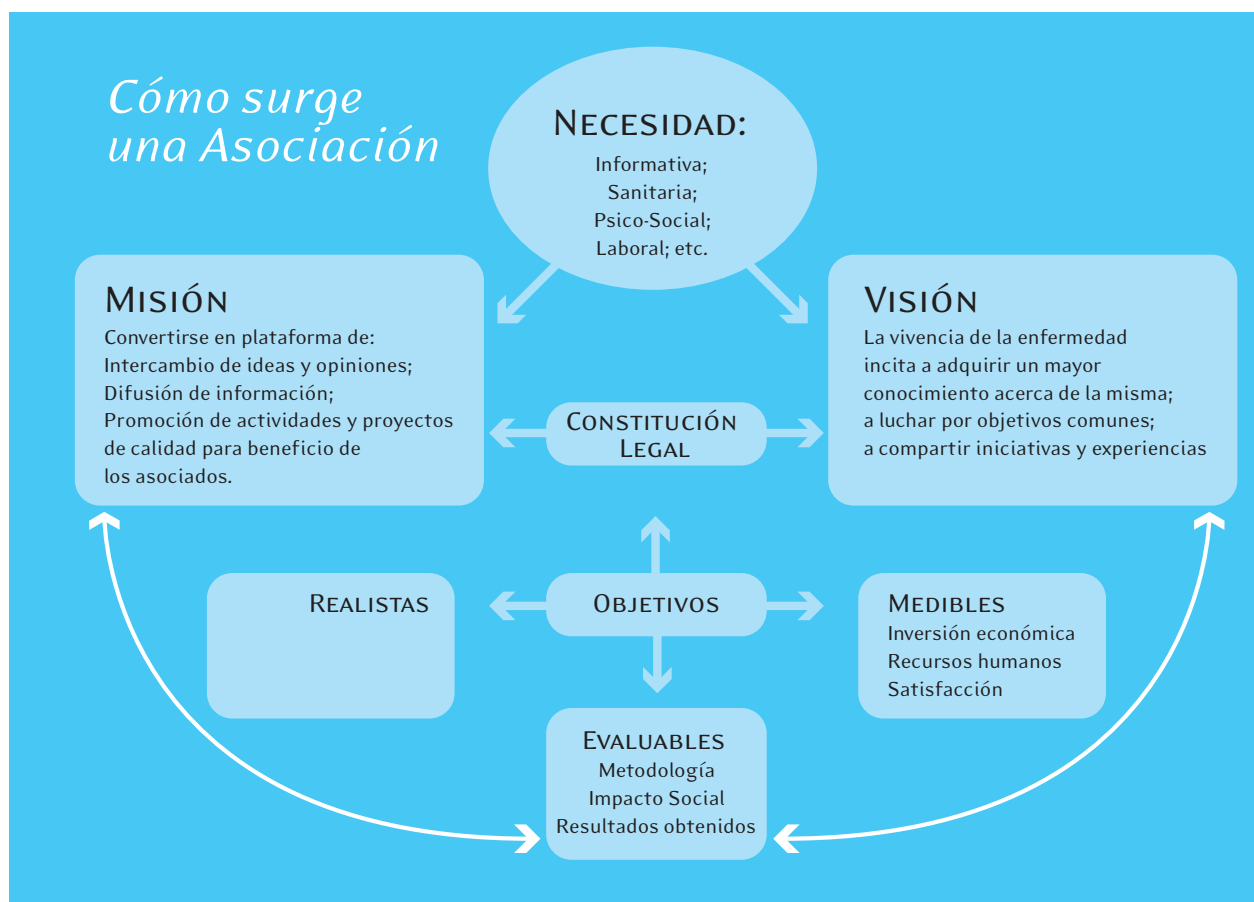
Nos parece fundamental insistir en la importancia de la información, que deberá ser de calidad, veraz, clara, basada en evidencias científicas y proporcionada por profesionales de la sanidad; una información inteligible para los pacientes, adaptada a sus necesidades y a su capacidad para asumir las consecuencias y los riesgos de la enfermedad.

No hay razón para que se pueda marginar o discriminar a nadie de ese derecho a la información. No se debe discriminar a nadie por su origen, residencia o características de la propia enfermedad.

Cuando las Asociaciones adquieren un determinado crecimiento, se enfrentan a los retos de mejorar la calidad y eficiencia de su gestión, de su organización, de

Nos parece fundamental insistir en la importancia de la información, que deberá ser de calidad, veraz, clara, basada en evidencias científicas y proporcionada por profesionales de la sanidad





sus recursos y de su administración, para, de esa forma, consolidar y garantizar la permanencia de sus programas, servicios y actividades. El problema que tenemos que afrontar es el de cómo superar la **precariedad de su tesorería**, para profesionalizar los instrumentos básicos de gestión, y optimizar esa gestión con el mayor rigor.

Nuestras Asociaciones, como las que tienen como objetivo ayudar a las mujeres con Cáncer de Mama, desarrollan con frecuencia programas técnicamente complejos, de fuerte incidencia social, que requieren la presencia de profesionales, con costes elevados y riesgos económicos, no siempre cubiertos o asegurados para su continuidad.

Tenemos dificultades objetivas para desarrollar o consolidar proyectos o iniciativas no cubiertas o satisfechas por las Administraciones, y, a pesar de la voluntad, e incluso de esfuerzos imaginativos, se generan escasos recursos propios.

Tenemos una preocupante, y, en ocasiones, **excesiva dependencia de las subvenciones de las Administraciones**, y no siempre encontramos facilidades para acudir a otras fuentes externas para financiar nuestras actividades y programas. En consecuencia,

y para evitar frustraciones o problemas, nuestra obligación es elaborar presupuestos realistas, y ajustar los programas a desarrollar, con los recursos reales disponibles.

Otro de los problemas que debemos evitar, es que la responsabilidad de la gestión se mantenga en un núcleo reducido de las mismas personas, sobre las que en un momento dado puede crecer el cansancio y el desánimo.

Esa situación puede conducir a una poco recomendable endogamia, a condicionar la necesaria regeneración de los órganos directivos y responsables, a quebrar la exigencia de revitalizar ideas, programas y proyectos.

Pero, a pesar de problemas y dificultades, estamos ahí. **Somos muchas, y cada vez más, las mujeres que nos hemos decidido a participar activamente en Asociaciones como las de mujeres con Cáncer de Mama**, porque sabemos que juntas podemos impulsar cómo afrontar y resolver nuestros problemas. **Nuestra razón de ser, es y seguirá siendo, ganar la batalla de la vida y la de los problemas del día a día.** ●

Glosario *

BIOPSIA DEL GANGLIO CENTINELA: el ganglio centinela es el primer ganglio al que drena la linfa de la mama. Si el tumor se ha extendido a los ganglios de la axila, lo habrá hecho a través del ganglio centinela. Por ello, si se detecta este ganglio, se extirpa mediante una biopsia, y se analiza, se podrá decidir si es necesaria o no la realización de la linfadenectomía. Si se detecta la presencia de células cancerígenas en el ganglio centinela, habrá que realizar linfadenectomía.

CÁNCER DE MAMA DISEMINADO: se denomina así al cáncer que ha logrado extenderse a otros órganos, cercanos o lejanos, pero distintos de la mama y de la axila.

DISEÑO ALEATORIO: un ensayo clínico con diseño aleatorio consiste en que ni el médico ni el paciente pueden elegir el brazo de tratamiento que le corresponderá (el estándar o el experimental), ya que éste se asigna al azar, como si se tirara una moneda al aire, y uno de los tratamientos correspondiera a la cara, y el otro a la cruz.

EFFECTO TERATOGÉNICO: que provoca malformaciones en el feto.

ENZIMAS ANTIOXIDANTES: las enzimas son unas proteínas que producen las células vivas, y que intervienen en las reacciones químicas que se dan en la naturaleza. Su función es multiplicar la velocidad de las mencionadas reacciones químicas por un millón de veces. Hay varios tipos de enzimas; las antioxidantes intervienen en reacciones químicas que evitan procesos de oxidación, asociados al envejecimiento de las células o al daño en las células sanas.

GRADO HISTOLÓGICO: el grado histológico, que también se llama diferenciación, se refiere a la semejanza o no que tienen las células del tumor con las células normales del mismo tipo de tejido. La determinación del grado de un tumor es un sistema que se usa para clasificar las células cancerosas en cuanto a su diferencia de las células normales cuando se ven al microscopio y a la rapidez probable de crecimiento y diseminación del tumor.

HORMONOTERAPIA: tipo de tratamiento que se basa en suprimir la acción de las hormonas femeninas (estrógeno-

nos y progesterona) sobre las células tumorales, y de este modo, impedir su crecimiento.

MASTECTOMÍA RADICAL MODIFICADA: tipo de cirugía de la mama que consiste en la extirpación completa del tejido mamario.

MIELOSUPRESIÓN: el prefijo mielo- hace referencia a la médula ósea. Mielosupresión es el efecto de pérdida de la médula ósea, en donde se generan las células sanguíneas (glóbulos blancos, glóbulos rojos y plaquetas).

PANCITOPENIA: deficiencia de las células sanguíneas, es decir, de glóbulos blancos, glóbulos rojos y plaquetas.

PREVALENCIA: es la proporción de individuos de una población que presentan el evento en un momento, o periodo de tiempo, determinados.

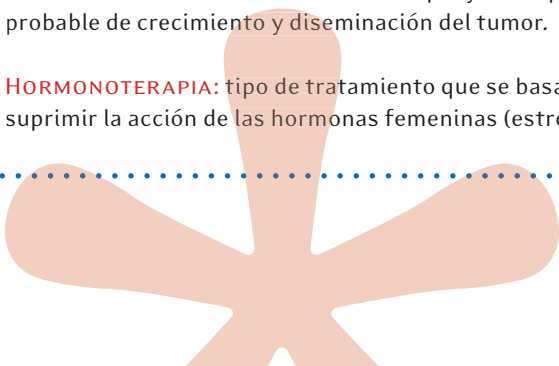
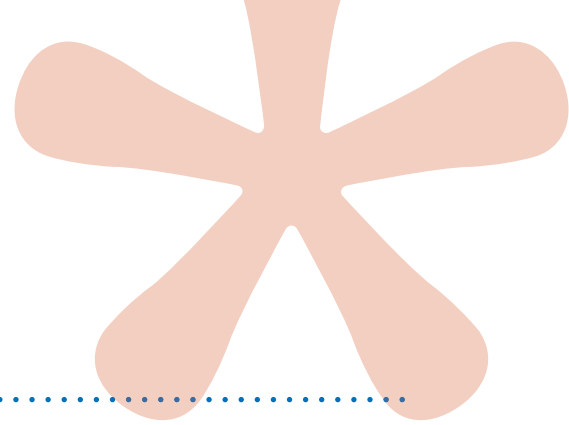
QUIMIOTERAPIA: es el tratamiento de los tumores malignos con medicamentos que tienen la capacidad de matar células cancerosas.

RADIOTERAPIA: tipo de tratamiento que utiliza partículas similares a las de los rayos X, pero de mayor energía, capaces de penetrar en el cuerpo. Esta técnica para el tratamiento del cáncer actúa sobre el tumor, destruyendo las células malignas e impidiendo que crezcan y se reproduzcan.

RECEPTORES HORMONALES: algunos tumores de mama están formados por células que presentan receptores para las hormonas de estrógenos y progesterona. Estos receptores son como cerraduras, en las que, si se inserta una llave (las hormonas de estrógeno y progesterona), activan procesos que favorecen el crecimiento de los tumores.

TAMOXIFENO: se trata de un fármaco que actúa engañando a los receptores hormonales de estrógeno. Se une a ellos, como si fuera el estrógeno, pero su unión no activa ningún proceso que favorezca el crecimiento de tumor. Sustituye al estrógeno, e impide que éste se una a su receptor.

TUMOR HORMONOSENSIBLE: es un tumor cuyas células presentan receptores hormonales, y por tanto, su crecimiento depende de las hormonas estrógeno y progesterona.



¿Quién es quién?

JESÚS SÁNCHEZ MARTOS es Doctor en Medicina, Diplomado en Enfermería y Catedrático de Educación para la Salud de la Universidad Complutense de Madrid.

ANA LLAMAS es empresaria y regenta una casa rural en la sierra de Madrid, y es una mujer afectada de cáncer de mama.

ÁNGELA NAVARRO es empresaria y fundadora de la Asociación Española de Estética Reparadora Integral (AEERI). info@angelanavarro.net

AMPARO RUIZ es Doctora en Medicina, Jefe de sección del servicio de oncología Médica del Instituto Valenciano de Oncología, y miembro de la Junta Directiva del Grupo Español de investigación en cáncer de mama (GEICAM).

ALEJANDRO LUCÍA es especialista en Medicina y Fisiología del Deporte y pertenece a la Universidad Europea de Madrid.

FERNANDO HERRERO ROMÁN es Especialista en Medicina del Deporte y pertenece al Gabinete Médico Deportivo del Ayuntamiento de Miranda de Ebro, Burgos.

ALEJANDRO FERRER SAN JUAN es Licenciado en Educación Física y el Deporte y pertenece a la Universidad Europea de Madrid.

MARGARITA PÉREZ RUIZ es especialista en Medicina y Fisiología del Deporte y pertenece a la Universidad Europea de Madrid.

MIGUEL MARTÍN es Doctor en Medicina, Jefe de Sección del Servicio de Oncología Médica del Hospital Universitario San Carlos y presidente del Grupo Español de Investigación en Cáncer de Mama (GEICAM).

MIGUEL ÁNGEL SEGUÍ es Médico Oncólogo del Servicio de Oncología Médica del Hospital de Sabadell, Corporació Sanitària Parc Taulí, de Sabadell, Barcelona.

JOSEP ALCARAZ ECHARRI es médico, consultor de comunicación y salud, y director ejecutivo de BcnScience.

CARMEN VILARDELL MARCH es psicólogo, especializada en intervención en ansiedad y estrés.

FRANCISCO JAVIER ESPADA LARGO es Doctor en Psicología y se ha especializado en el estudio de trastornos psicopatológicos de forma independiente y en el ámbito académico universitario.

ANTONIA GIMÓN es la Presidenta de la Federación Española de Cáncer de Mama (FECMA). www.fecma.org

ESTHER MAHILLO es Doctora en Ciencias Biológicas, posee un master en administración de empresas, y es gerente de GEICAM.



En el próximo número...

TU SALUD Y TÚ

Cáncer de mama hereditario

y consejo genético

• Quimioprevención: ¿es posible prevenir el cáncer de mama con medicamentos?

Visítanos
en internet en

geysalus.org



Una web intuitiva y fácil de utilizar
donde podrás:

- acceder a todos los artículos de la revista
- consultar números anteriores y descargarlos fácilmente a su ordenador
- intervenir en foros y compartir temas de interés
- encontrar links de asociaciones y organizaciones vinculadas a GEICAM

<http://www.geysalus.org/>



com **P**romiso

Pfizer en Oncología

Pfizer, fiel a su firme compromiso con la Vida, continúa investigando para desarrollar soluciones innovadoras que den respuestas eficaces al cáncer de mama.

Un compromiso real, de esfuerzo constante con los pacientes y la sociedad, para construir un presente y un futuro que proporcione esperanza y calidad de vida.

Desde Pfizer tenemos la confianza y la seguridad de que no nos detendremos.

Este es nuestro compromiso de futuro con todos vosotros. Es nuestro compromiso con la vida.



LA VIDA POR DELANTE

geysalus
MUJER SALUD



GEICAM
Grupo Español
de Investigación en
Cáncer de Mama